

Name: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Hobby: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Gibt es Erkrankungen (Diabetes, Bandscheibenvorfall, Bluthochdruck, Osteoporose....)?

Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV...)?

Haben Sie Krampfadern?

Leiden Sie unter Durchblutungsstörungen?

Nehmen Sie Medikamente (Blutverdünner....)?

Welche?

Besteht eine Krebserkrankung?

Haben Sie Fieber?

Welche Operationen oder Unfälle gab es?

Haben Sie Probleme mit Ihren Füßen?

Wo?

Hatten Sie bereits eine Spange am Grosszeh?

Tragen Sie Einlagen?

Haben Sie Schmerzen beim gehen, längeren stehen?

Gibt es Taubheitsgefühle, kribbeln, o. ä.....?

Leiden Sie unter Druckstellen, Hühneraugen?

Wenn ja, wo?

Wurde bei Ihnen Fuss- oder Nagelpilz festgestellt?

Gibt es sonstige Probleme oder Beschwerden?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäss gering. Trotzdem möchten wir darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel oder Pflegeprodukte könne allergische Reaktionen auftreten, deshalb teilen Sie uns eventuelle Unverträglichkeiten bitte mit.

Unser Anspruch ist es, Ihnen ihren Aufenthalt so angenehm als möglich zu gestalten. Sollte es dennoch einmal etwas geben, weshalb Sie vielleicht unzufrieden sind, so teilen sie uns dies bitte mit. So können wir immer besser auf Ihre Wünsche eingehen.

Datenschutz!

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben!

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Ich stimme der Behandlung zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!