

# Kunden Fragebogen



Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat bei mir höchste Priorität. Um Komplikationen auszuschließen und Risiken zu kennen, bitte ich Sie, alle Fragen korrekt zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Vorname: _____	Nachname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	Nummer: _____	
Postleitzahl: _____	Ort: _____	
Telefon: _____	E-Mail: _____	

Sind Sie Diabetiker?  Ja  Nein    Liegen Fußoperationen vor?  Ja  Nein

Sind Sie Rheumatiker?  Ja  Nein    Haben Sie Krampfadern?  Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ein?  Ja  Nein    Leiden Sie an Infektionskrankheiten wie z.B. HIV?  Ja  Nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?  Ja  Nein    Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr?  Ja  Nein

Leiden Sie unter Bluthochdruck?  Ja  Nein    Liegen Herzerkrankungen vor?  Ja  Nein

Bestehen Allergien? Wenn ja, auf welche Substanz? \_\_\_\_\_

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäß gering. Trotzdem möchte ich darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann. Welche von mir sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb mir Ihre Hinweise auf eventuelle Unverträglichkeiten sehr wichtig sind.

Alle Fragen habe ich nach besten Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bekannt. Den Behandlungen stimme ich uneingeschränkt zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift