

PRAXIS FÜR PODOLOGIE

Liebe Patientin, lieber Patient

Sie vertrauen uns Ihre Füße an. Damit wir Sie behandeln dürfen und um mögliche Risiken der Behandlung erkennen zu können benötigen wir diese Vereinbarung. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

Behandlung- und Honorarvereinbarung

Zwischen der Podologie Praxis **podowest** und

Frau () Herr ()

Name _____ Vorname _____

PLZ _____ Wohnort _____

Straße _____ Hausnummer _____

Telefon _____ Mobiltelefon _____

E-Mail _____

Hausarzt _____

Diabetologe _____

Waren Sie bereits bei einem Fußpfleger? _____ () ja () nein

Waren Sie bereits bei einem Podologen? _____ () ja () nein

Stehen oder laufen Sie privat oder beruflich viel? _____ () ja () nein

Wurden Sie an den Füßen operiert? _____ () ja () nein

Sind Sie Diabetiker? _____ () ja () nein

Sind Sie Bluter oder nehmen Sie blutgerinnungshemmende Mittel? _____ () ja () nein

Leiden Sie an Durchblutungsstörungen? _____ () ja () nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? _____ () ja () nein

Sind Sie herzkrank? _____ () ja () nein

Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionskrankheit? _____ () ja () nein

Haben oder hatten Sie schon einmal MRSA? _____ () ja () nein

Leiden Sie an Allergien, wenn ja an welchen? _____ () ja () nein

Nehmen Sie Medikamente, wenn ja welche? _____ () ja () nein

Die Behandlung wird mit äußerster Sorgfalt und Vorsicht sowie den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards durchgeführt, soweit nichts anderes vereinbart ist. Die möglichen Risiken der Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering, sollten aus rechtlichen Gründen jedoch Erwähnung finden. Neben Stich- und Schnittverletzungen kann es zu Schürfwunden und Verbrennungen kommen. Durch die verwendeten Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte und sonstigen Materialien (Abdruckmaterial, Pflaster, Verbände etc.) sowie die Verabreichung von Pharmaka können allergische Reaktionen auftreten, weshalb Sie uns Medikamentenunverträglichkeiten bitte mitteilen.

Die Behandlung wird in einer Patientenakte dokumentiert. Zu Dokumentationszwecken können zu Beginn, während und am Ende der Behandlung Fotos angefertigt werden. Die Patientenakte wird in geeigneter Form elektronisch geführt. Mit der Unterzeichnung des Behandlungsvertrages stimmen Sie der elektronischen Speicherung und Verarbeitung Ihrer behandlungs- und personenbezogenen Daten zu. Ohne Ihr Einverständnis werden Ihre personenbezogenen Daten nicht an Dritte weitergegeben.

Mit Ihrer Unterschrift schließen Sie einen rechtsgültigen Behandlungsvertrag auf Grundlage der für unsere Praxis gültigen Preisliste ab. Die aktuellen Preise finden Sie als Aushang in der Praxis sowie auf unserer Homepage.

Derzeit gehen wir von Behandlungskosten in Höhe von _____ EUR je Behandlung aus.

Wir sind eine Bestellpraxis und arbeiten nach Terminvereinbarung. Sollten Sie einen vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können bitten wir um rechtzeitige Terminabsage (mind. 24 Stunden vor dem Termin). Ohne rechtzeitige Terminabsage entsteht der Praxis ein finanzieller Schaden, da Ihr Termin nicht mehr anderweitig vergeben werden kann. In diesem Fall sind Sie verpflichtet 100 % des vorgesehenen Behandlungsaufwandes zu vergüten.

Ich erkläre mich mit dieser Vereinbarung einverstanden.

Datum / Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter