

Aufnahmebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie vertrauen die Behandlung Ihrer Füße einer podologischen Therapiepraxis an. Im Rahmen des podologischen Befundes und zum Ausschluss eventueller Risiken bitten wir Sie um die Beantwortung folgender Fragen. Alle Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz gemäß den gesetzlichen Bestimmungen.

Name	Vorname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Wohnort
Geburtsdatum	Telefon (tagsüber)
Krankenkasse	Behandelnder Arzt

- Sind Sie zum ersten Mal in einer podologischen Praxis? ☐ ja ☐ nein
- Stehen oder laufen Sie privat oder beruflich viel? ☐ ja ☐ nein
- Wurden Sie an den Füßen operiert? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an Durchblutungsstörungen? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an Diabetes mellitus? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie Bluter? ☐ ja ☐ nein
- Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente? ☐ ja ☐ nein
- Sind Sie herzkrank oder tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an Hepatitis oder einer anderen Infektionserkrankung? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an Rheuma oder Gicht? ☐ ja ☐ nein
- Leiden Sie an Allergien, wenn ja an welchen? ☐ ja ☐ nein
-

Die podologische Therapie wird mit größter Sorgfalt durchgeführt. Bei der Behandlung sind die möglichen Risiken sehr gering, aus rechtlichen Gründen werden sie hier jedoch benannt. Unter Umständen kann es zu Stich- und Schnittverletzungen, Schürfwunden und Verbrennungen kommen. Die verwendeten Produkte, wie bspw. Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte, Verbände, Pflaster oder pharmazeutische Präparate können zu allergischen Reaktionen führen. Teilen Sie uns deshalb unbedingt Ihnen bekannte Allergien mit.

Zu Dokumentationszwecken können zu Beginn und während der Behandlung Lichtbilder gefertigt werden.

Unsere Praxis wird nach dem Bestellsystem geführt. Die vereinbarten Behandlungszeiten sind ausschließlich für Sie reserviert. Für unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht innerhalb einer Frist von 24 Stunden vor Behandlungsbeginn abgesagte Termine wird Ihnen gemäß § 615 BGB eine Ausfallgebühr in Rechnung gestellt.

Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz werden Ihre Daten zum Zweck der Erfüllung der vertraglichen Pflichten aus dem Behandlungsvertrag und seiner Durchführung erhoben, verarbeitet und gespeichert. Eine Weitergabe an Dritte findet statt, soweit dies gesetzlich vorgesehen ist. Die Daten werden nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen gelöscht, sobald sie für den Zweck der Verarbeitung nicht mehr erforderlich sind.

Ich bin mit der Durchführung der Behandlung einverstanden und habe den Informationsbogen zum Datenschutz erhalten, gelesen und verstanden.

Datum / Unterschrift

BEHANDLUNGSVERTRAG

zwischen der podologischen Praxis

und

Name

Vorname

Straße / Hausnummer

PLZ / Wohnort

Auf Grundlage der für unsere Praxis geltenden Vergütungsliste kommt mit Ihrer Unterschrift ein rechtsgültiger Vertrag zur podologischen Behandlung zustande. Eine aktuelle Fassung unserer Vergütungsliste liegt als Bestandteil dieser Vereinbarung bei. Bei einer Änderung der Vergütungsliste nach Vertragsschluss aufgrund von Kostensteigerungen, die von der podologischen Praxis nicht zu vertreten sind und der Deckung der laufenden Kosten dienen, auch während der Behandlungsserie, erklären Sie sich mit einer Abweichung von bis zu 20 Prozent einverstanden, ohne dass es einer ergänzenden Vereinbarung bedarf, wobei Ihnen im Fall einer Preisanpassung ein Rücktrittsrecht zusteht.

Auf Grundlage unserer derzeit gültigen Vergütungsliste gehen wir von voraussichtlichen Behandlungskosten in Höhe von _____ EUR aus. Sie erhalten von uns eine Quittung/Rechnung, die von Ihnen ohne Abzug zu begleichen ist.

Mit einer privaten Krankenversicherung kann ggf. eine Kostenerstattung erfolgen, sofern eine ärztliche Verordnung/Privatrezept vorliegt und Ihr Versicherungsvertrag die podologische Therapie umfasst. Eine Kostenübernahme ist von Ihnen selbst direkt mit Ihrer Versicherung zu klären; insoweit können wir keine Zusicherungen machen. Erfolgt die Kostenübernahme seitens Ihrer privaten Versicherung unvollständig, ist der Differenzbetrag von Ihnen zu tragen.

Nehmen Sie als gesetzlich Versicherte:r die podologische Therapie ohne aufgrund einer Diagnose erstellten Heilmittelverordnung in Anspruch, können Sie keinerlei Ansprüche aus Ihrer gesetzlichen Krankenversicherung geltend machen.

Die Praxis wird als reine Bestellpraxis geführt. Vereinbarte Termine gelten als ausdrückliche Reservierung zu einer bestimmten Zeit und für eine bestimmte Leistung. Bei einer Absage weniger als 24 Stunden vor Terminbeginn besteht eine Verpflichtung zur Zahlung von ____ Prozent der geplanten Leistung. Dies gilt nicht in Fällen höherer Gewalt.

Mit dieser Vereinbarung erkläre ich mich einverstanden und wünsche die Behandlung als Privatpatient:in / Selbstzahler:in.

Ort / Datum:

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

Anlage: Vergütungsliste



16.06.2025

AN

LIEBE PATIENTEN UND LIEBE ANGEHÖRIGE,

Hiermit weisen wir Sie darauf hin, dass Sie bei uns zeitlich intensive, individuelle Termine nutzen, welche nur für Sie reserviert sind.

Somit bitten wir, Termine, die Sie nicht nutzen können, rechtzeitig [mind. 24 h] im Voraus abzusagen.

Nicht rechtzeitig abgesagte Termine, müssen wir Ihnen sonst mit 85% der Terminkosten in Rechnung stellen.

Vielen Dank für Ihr Verständnis

Praxis für Fußheilkunde

Unterschrift Patient: _____

Vielen Dank!

PRAXIS FUßHEILKUNDE

Tel.: 0176 72962335

Praxis App auf Google oder Apple Store

WhatsApp

www.Podologie-Rheinhausen.de/de

