Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
danke das Sie mir Ihr Vertrauen schenken! Die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat bei mir höchste Priorität. Um den bestmöglichen Behandlungserfolg zu erzielen, Komplikationen auszuschließen und Risiken zu erkennen bitte ich Sie alle Angaben korrekt und wahrheitsgemäß zu beantworten. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben den Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Name	Vorname
Straße	Wohnort
Geburtstag	Telefon, Mobil

Sind Sie zum ersten Mal beim Podologen? ☐ Ja ☐ Nein
Wie haben Sie uns gefunden? ----------

Sind Sie Diabetiker? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Meine Blutzucker kenne ich nicht ☐ Werte an der Grenze

Hba1C Wert wenn bekannt: _____

Leiden Sie an Rheuma? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Arthrose? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welches Gelenk/ Gelenke sind Betroffen? _____

Liegen Fußoperationen vor? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wo? _____

Leiden Sie unter Durchblutungsstörung der Beine? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie unter Neuropathien? _____ wenn ja wo?_____

Verzögerte Wundheilung? ☐ Ja ☐ Nein

Osteoporose ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüse ☐ Überfunktion ☐ Unterfunktion ☐ Nicht auffällig

Haben Sie Krampfadern? ☐ Ja ☐ Nein

Besteht bei Ihnen Thrombosegefahr? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein,
die die Blutgerinnung beeinflussen? ☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

Leiden Sie unter Bluthochdruck? ☐ Ja ☐ Nein

Immunschwäche(Chemo)	☐ Ja ☐ Nein
Nehmen Sie Magensäurehemmer ein?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich
Nehmen Sie Cholesterinsenker ein?	☐ Ja ☐ Nein
Liegen Herzerkrankungen vor?	☐ Ja ☐ Nein
Sind Sie Bluter?	☐ Ja ☐ Nein
Tragen Sie einen Herzschrittmacher?	☐ Ja ☐ Nein
Leiden Sie an Infektionserkrankungen? (Hepatitis, HIV, MRSA)	☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____
Tragen Sie Stützstrümpfe?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich
Laufen oder stehen Sie viel?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie orthopädische Einlagen?	☐ Ja ☐ Nein
Schwitzen die Füße schnell?	☐ Ja ☐ Nein
Benutzen Sie Gehhilfe (Krücken, Rollator)?	☐ Ja ☐ Nein ☐ Gelegentlich
Bestehen Allergien? Wenn ja, welche?	_____
Impfungen in den letzten 2 Wochen?	
Sind Sie gegen Sars Covid geimpft? Wenn ja, wie oft	_____
Nehmen sie sonstige Medikamente ein?	_____
Treiben Sie Sport? Wenn ja, wie oft?	_____

Herzlichen Dank für Ihre Angaben!

Behandlungsvertrag

Zwischen

Podobuono Heilpodologische Praxis
Bahnhofstrasse 19
85635 Höhenkirchen- Siegertsbrunn

Patient/ gesetzliche Betreuung/ Erziehungsberechtigte:

Die Risiken einer Behandlung sind erfahrungsgemäß gering. Trotzdem möchte ich darauf hinweisen, dass es in seltenen Fällen während der Behandlung zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche von uns umgehend versorgt werden.
Durch Desinfektionsmittel, Pflegeprodukte, Pflaster können Allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf eventuelle Unverträglichkeiten sehr wichtig ist.

Für die Dokumentation fertige ich zu Behandlungsbeginn und während der Behandlung eventuell Bilder an, welche ausschließlich Fußbefunde und Behandlungsverlauf dokumentieren.

Ein Behandlungserfolg ist nicht geschuldet. Aufgrund der nicht sicher zu prognostizierenden Reaktion auf die Behandlung ist Vertragsgegenstand ausschließlich eine dem allgemein anerkannten fachlichen Standard entsprechende Durchführung der Behandlung,
vgl. § 630a Abs. 2 BGB.

Der Patient ist damit einverstanden, dass delegationsfähige Bestandteile der Behandlung durch entsprechend qualifizierter Mitarbeiter des Behandelnden durchgeführt werden können, die durch

den Behandelnden angeleitet und überwacht werden. Dies gilt nur, wenn der Einsatz solcher Mitarbeiter des Behandelnden aus fachlichen Gründen vertretbar ist.

Mitwirkung

Ohne die Mitwirkung des Patienten ist eine podologische Behandlung nicht möglich. Der Patient verpflichtet sich, bei der Behandlung mitzuwirken, die Anweisungen des Behandelnden – entsprechend seinen individuellen Möglichkeiten – zu befolgen und alles zu unterlassen, was den Erfolg der Behandlung gefährdet.
Verletzt der Patient nachhaltig seine Mitwirkungspflichten, so ist der Behandelnde zur Kündigung des Behandlungsvertrages berechtigt. (Diese kann schriftlich oder mündlich erfolgen)

Preisgestaltung

Die Preise für podologische Behandlungen werden individuell nach Art, Umfang und Schwierigkeitsgrad der erforderlichen Leistungen festgelegt. Die Preise orientieren sich nach der geltenden Gebührenordnung der GKV. Inflationsbedingte oder Außerordentliche Kosten, Steigerung bedingte Erhöhungen sind möglich, werden aber immer rechtzeitig angekündigt. Alle Preise sind in der Praxis gut sichtbar ausgehängt.

Zahlungsmöglichkeiten:

- Per EC Karte

- Bar

Information zur Kostenerstattung durch die Krankenkassen

Privatversicherte und Selbstzahler

1. Podologische Komplexbehandlung (med. Fußpflege)

   Obligat: Nagelbearbeitung und Hornhautabtragung

   Fakultativ: Fußbad, Crememassage

2. Podologische Nagelkorrektur durch Spangenbehandlung (Orthonyxie)

! zusätzliche Behandlungsmaßnahmen werden gesondert berechnet !

- Die Abrechnung unserer medizinischen podologischen Leistungen erfolgt grundsätzlich privat auf Selbstzahlerbasis. Die Höhe des Rechnungsbetrages richtet sich nach der derzeit gültigen GebüTH (Gebührenordnung Therapeuten). Privat-Versicherte müssen die Kostenübernahme ohne ärztl. VO oder HP-VO mit ihrer Versicherung abklären.

gesetzlich krankenversicherte Patientinnen und Patienten mit einer Heilmittelverordnung 13

Hierbei erfolgt eine medizinisch notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sofern alle Leistungsvoraussetzungen (insbesondere eine entsprechende Heilmittelverordnung) vorliegen. Auf die Zuzahlung gemäß § 61 Satz 3 SGB V (10 % der Heilmittelkosten zuzüglich 10,00 € pro

Verordnung und Eigenanteil1%) wird hingewiesen. Weiterhin ist zu beachten, dass zu Behandlungsbeginn eine gültige, nicht älter als 28 Tage ausgestellte Verordnung mit eindeutiger und nachvollziehbarer Diagnose vorliegen muss. Liegt ein entsprechendes Rezept beim Behandlungsbeginn nicht vor, wird die Behandlung auf eigene Kosten durchgeführt, da der vereinbarte Termin eingehalten werden muss.
Zusatzleistungen, die nicht im Rahmenvertrag der Krankenkassen enthalten sind und vom Patienten in Anspruch genommen werden – wie beispielsweise Spezialbäder, Druckschutz oder Bandagen – gelten als individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese Leistungen sind privat zu bezahlen.

- Die Krankenkassen sind nicht grundsätzlich verpflichtet, Behandlungskosten in voller Höhe zu übernehmen. In bestimmten Fällen kann es zu einer Ablehnung der Kostenübernahme oder zu Absetzungen kommen. In diesem Fall wird der offene Betrag direkt dem Patienten berechnet, da die Behandlung stattgefunden hat. Das Zahlungsrisiko trägt ausschließlich der Versicherte, nicht der Behandler.

  Bei Kapazitätsengpässen, etwa durch Krankheit oder Personalmangel, das Erreichen der maximalen Patientenzahl (HmVo), kann der Behandler ein Folgerezept ablehnen. Nach Ablauf des Rezepts besteht kein Anspruch auf weitere Behandlungen, es sei denn, eine Fortsetzung ist ärztlich oder therapeutisch erforderlich.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nur mit einem gültigen Privatrezept.

- Wir sind eine medizinische Therapiepraxis. Bei einer podologischen Komplexbehandlung handelt es sich um eine therapeutisch-medizinische Leistung, die ebenfalls mit einem **Privatrezept** zu belegen ist. Anderenfalls fällt Mehrwertsteuer auf den Behandlungsbetrag an.
- Im Falle einer Kostenablehnung durch Ihre Krankenkasse erklären Sie sich damit einverstanden, dass die Behandlungskosten Ihnen privat in Rechnung gestellt werden.

Information zur Behandlungsausfall

- Jeder Behandlungstermin wird verbindlich für Sie reserviert.
- **Bitte geben Sie uns mindestens 24 Stunden schriftlich Bescheid, falls Sie verhindert sind. Absagen per Anrufbeantworter müssen von einem Mitarbeiter bestätigt werden, damit sie gültig sind.**
- Gemäß § 615 BGB werden Termine, die nicht rechtzeitig (24 Stunden vorher) abgesagt, in Rechnung gestellt.
- Da wir eine reine Bestellpraxis sind, werden Material, Therapeut, Raum und Zeit speziell für Sie bereitgestellt. Schäden, die durch eine nicht abgesagte/nicht rechtzeitig abgesagte Termin entstehen, stellen wir in Rechnung.

Zahlungsverweigerung

- Im Falle einer unbegründeten Zahlungsverweigerung behält sich der Behandelnde das Recht vor, Mahnverfahren einzuleiten und gegebenenfalls rechtliche Schritte zur Durchsetzung des Zahlungsanspruchs zu ergreifen. Eventuell entstehende zusätzliche Kosten, wie Mahngebühren oder Rechtsanwaltskosten, gehen zu Lasten des Patienten.

Datenschutz

- Ihre personenbezogenen Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzgesetzen vertraulich behandelt und ausschließlich für die Zwecke der Behandlung verwendet. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nur, sofern dies gesetzlich vorgeschrieben ist oder Sie ausdrücklich eingewilligt haben. In Falle einer Überweisung von Ihrem behandelnden Arzt kann die Praxis immer Daten austauschen zur Zwecke der Therapie.

Alle Fragen auf dem Anamnesebogen habe ich nach bestem Wissen beantwortet, mögliche Risiken sind mir bewusst. Bei Falschaussagen bezüglich meiner persönlichen Vorgeschichte, trage ich die komplette Verantwortung.

Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.

_____. _____

Ort/ Datum Unterschrift