



Anamnese, Behandlungsvertrag und Einwilligungserklärung

AZ Podologie - Ilaria Ambrosi und Magdalena Ziebicka -
Maßbornstraße 27, 60437 Frankfurt am Main - 0173 744 21 95 -
info@azpodologie.com - www.azpodologie.com

Kontakt Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefonnummer: _____

Adresse: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Hausarzt / Ort: _____ E-Mail: _____

Versicherung: Privat ☐ Gesetzlich ☐

Anamnese:

Welche Fuß/ Beinbeschwerden führen Sie zu uns? Bitte ankreuzen:

Onychomykose (Nagelpilz) ☐ Eingewachsene Zehennägel ☐

Tinea Pedis (Hautpilz) ☐ Schwielen, Hühneraugen ☐ Wadenkrämpfe ☐

Kribbeln, Brennen ☐ Sonstige: _____

Ich habe: Druckgeschwüre ☐ offene Stellen ☐ Wo? _____

Hatten Sie schon eine Nagelextraktion? Ja ☐ Nein ☐ Wann? _____

Wurden Sie bereits an den Füßen operiert? Ja ☐ Nein ☐ Wann? _____

Haben Sie eine Hüft- oder Knieprothese? Ja ☐ Seit _____ Nein ☐

Ich trage: Ortophädische Schuhe ☐ Einlagen ☐

Leiden Sie unter Gelenkschmerzen? Ja ☐ Nein ☐ Wo? _____

Wurde bei Ihnen schon ein Bandscheibenvorfall diagnostiziert? Ja ☐ Nein ☐ Wo? _____

Anamnese

Sind folgende Erkrankungen bekannt?

Diabetes Mellitus Typ 2 Ja ☐ Nein ☐

Neuropathie Ja ☐ Nein ☐

Osteoporose Ja ☐ Nein ☐

Gicht Ja ☐ Nein ☐

Arthrose Ja ☐ Nein ☐ _____

Leiden Sie an einer Autoimmunerkrankung? Ja ☐ Nein ☐ Welche?

Rheumatische Arthritis ☐ Multiple Sklerose ☐ Diabetes Typ 1 ☐

Psoriasis ☐ Sonstiges: _____

Leiden Sie an Allergien? Ja ☐ Nein ☐ Welche? _____

Liegt eine Empfindlichkeit gegen Inhaltsstoffe, Medikamente oder Hautpflegemittel vor?

Kamille ☐ Jod ☐ Honig ☐ Sonstiges _____

Liegt eine bekannte Herzinsuffizienz vor? Ja ☐ Nein ☐ Seit? _____

Herzinfarkt seit _____ Schlaganfall seit _____

Nehmen Sie Medikamente ein? Ja ☐ Nein ☐ Welche? _____

Nehmen Sie gerinnungshemmende Medikamente ein?

Marcumar ☐ ASS ☐ Heparin ☐ Andere _____

Haben Sie einen aktuellen Medikationsplan dabei? Bitte am Empfang abgeben.

Nehmen Sie Rezeptfreier Mittel wie Schmerztabletten oder Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja ☐ Nein ☐ Welche? _____

Ich habe/hatte: Hepatitis ☐ HIV/AIDS ☐ Windpocken ☐ Gürtelrose ☐

Sind Sie aktuell in onkologischer Behandlung? Ja ☐ Nein ☐

Sind Sie schwanger? Ja ☐ Nein ☐



Behandlungsvertrag

Sie erhalten eine podologische Therapie aufgrund einer Heilmittelverordnung (Rezept Muster 13) DF/QF/NF/UI Ihres Arztes oder Sie sind Privatpatient oder Selbstzahler.

Ist eine Heilmittelverordnung fehlerhaft ausgestellt, sind Sie als Patient für die korrekte Änderung durch den Arzt zuständig. Sie sollten bedenken, dass wir uns vorbehalten, Ihnen eine private Rechnung auszustellen. Der Rechnung legen wir den jeweils aktuellen Preis für privat Patienten zugrunde.

Therapieziel:

Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der physiologischen Funktion der Haut an den Füßen und Zehennägeln. Vermeidung von drohenden Nagelbett- und Nagelwallentzündungen wie Infektionen und Eiterungen, mit entsprechenden Krankheits-Überschreitungen beim Diabetischen Fußsyndrom vergleichbarer Schädigungen der Haut und Zehennägeln.

Risiken:

Wir arbeiten mit modernster Hightech-Fußpflegetechnik, mit Geräten mit extrem schnell rotierenden Instrumenten/Fräsern, Scalpellen, Zangen u. anderen med. Instrumenten. Es kann zu Verletzungen kommen, die zu Komplikationen führen können. Wir dokumentieren jeden Behandlungsverlauf und empfehlen Ihnen im Fall eines unvorhergesehenen Verlaufes, unverzüglich Ihren Arzt aufzusuchen.

• Behandlungsvereinbarung

Hiermit erkläre ich mich mit der heutigen podologischen Behandlung sowie mit den nach medizinischer Notwendigkeit folgenden Behandlungen einverstanden. Art und Umfang der Behandlung wurden mir erläutert.

• Mitwirkung

Ohne die Mitwirkung des Patienten ist eine podologische Behandlung nicht möglich. Der Patient verpflichtet sich, bei der Behandlung mitzuwirken, die Anweisung des Behandelnden 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.

• Kostenvereinbarung & Preistransparenz

Ich wurde über die Aktuelle Leistungen und Preise aufgeklärt.

Aktuelle Leistungen und Preise (Privatpatienten & Selbstzahler):

- Podologische Erstbehandlung: 110,00€
- Podologische Komplexbehandlung (Folgebehandlungen): 76,00€
- Notfall Behandlung (bis 15 Minuten): 47,50€
- Podologische Behandlung Klein: 57,00€
- Nagelkorrekturspange: ab 60,00€
- Nagelmykose Behandlung (Labor Diagnostik und Therapie): 75,00€
- Extra Aufwand (extra 15 Minuten): 20,00€
- Kontrolltermine: 20,00€
- Therapiebericht: 20,00€
- Ausfallgebühr: Nicht abgesagte Termine oder Am Behandlungstag abgesagte Termine. Absagefrist: 24 Stunden vor Terminanfang: 55,00€

Hinweis für Selbstzahler:

Als Selbstzahler (ohne Heilmittelverordnung) werden die oben genannten Preise zuzüglich der gesetzlich gültigen Mehrwertsteuer (19%) berechnet.

Hinweis für gesetzlich versicherte Patienten:

Sofern Ihre gesetzliche Krankenkasse die podologische Behandlung auf Basis einer Heilmittelverordnung (Rezept Muster 13) bewilligt, fallen gemäß den gesetzlichen Bestimmungen eine gesetzliche Zuzahlung sowie eventuelle Eigenanteile an. Diese Zuzahlung beträgt 10% des Rezeptwertes zuzüglich 10€ pro Verordnung und ist vor Beginn der ersten Behandlung zu entrichten.

Beispiel: Bei einem Rezeptwert von 390,00 € beträgt Ihre Zuzahlung 39,00 € (10%) + 10,00 €, also insgesamt 49,00 €.

Befreiung von der Zuzahlung:

Patienten, die von der Zuzahlung befreit sind (z.B. durch einen Befreiungsausweis aufgrund chronischer Erkrankungen oder weil die jährliche Belastungsgrenze bereits ausgeschöpft ist), sind verpflichtet, uns vor Behandlungsbeginn den entsprechenden Befreiungsnachweis (z.B. den gültigen Befreiungsausweis der Krankenkasse) vorzulegen. Ohne Vorlage eines gültigen Nachweises ist die Zuzahlung leistungsgerecht zwingend fällig.

• Delegation

Der Patient ist damit einverstanden, dass delegationsfähige Bestandteile der Behandlung durch entsprechend qualifizierte Mitarbeiter des Behandelnden durchgeführt werden können, die durch den Behandelnden angeleitet und überwacht werden.

• Zahlungsmodalitäten

- Die Zahlung ist im Anschluss an jede Behandlung fällig.
- Zahlungsarten: Bar oder EC-Karte.

• Ausfallgebühr

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass bei nicht rechtzeitig abgesagten Terminen (weniger als 24 Stunden vor dem Termin) eine Ausfallgebühr in Höhe von 55,00 € berechnet wird. Diese Gebühr ist auch für gesetzlich versicherte Patienten fällig.

• Produktverkauf

- Pflegeprodukte und Hilfsmittel werden zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer verkauft.
- Hinweis: Aufgrund hygienischer Bestimmungen ist ein Umtausch oder eine Rückgabe von geöffneten Pflegeprodukten und Hilfsmitteln ausgeschlossen. Dies gilt nicht für offensichtlich defekte Ware.
-

Einwilligung in die Datenverarbeitung

Um Ihre Behandlung optimal durchführen und dokumentieren zu können, erfassen und verarbeiten wir Ihre patientenbezogenen Daten. Dies umfasst ggf. auch angefertigte Fotos oder Videos, die für diagnostische oder therapeutische Zwecke notwendig sind. Diese Daten werden ausschließlich auf unseren gesicherten Servern gespeichert und dürfen nur von autorisiertem Praxispersonal eingesehen und genutzt werden.

Behandlungsvertrag

Ihre Einwilligung können Sie jederzeit schriftlich und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch einen Widerruf wird die Rechtmäßigkeit der bereits erfolgten Datenverarbeitung nicht berührt.

Ihre Daten behandeln wir streng vertraulich und entsprechend den gesetzlichen Datenschutzvorschriften. Im Rahmen der Behandlung können auch behandelnde Ärzte oder medizinisches Fachpersonal (z.B. Dokumentationsassistenten) auf Ihre Daten zugreifen, sofern dies medizinisch notwendig ist.

Die Zustimmung zur Datenerhebung und -verarbeitung ist Voraussetzung für die Behandlung in unserer Praxis. Ohne Ihr Einverständnis können wir Sie leider nicht behandeln, da eine fachgerechte Therapie ohne die Erhebung der notwendigen Daten nicht möglich ist.

Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie freiwillig in die Erhebung und Verarbeitung Ihrer Daten ein. Sie bestätigen, dass Sie über die Datenverarbeitung sowie Ihre Rechte aufgeklärt wurden. Zudem entbinden Sie uns für die Dauer der Behandlung von der Schweigepflicht gegenüber den an Ihrer Behandlung beteiligten Ärzten und Therapeuten.

Ja ☐ Nein ☐

Ich willige ein, dass meine Abrechnungsdaten zur Durchführung des Zahlungsverkehrs an die OPTA DATA GmbH übermittelt werden dürfen.

Ja ☐ Nein ☐

• Bestätigung

Ich bestätige, dass ich die Angaben im Anamnesebogen wahrheitsgemäß und vollständig gemacht habe. Die Kostenvereinbarung, die AGB der Praxis sowie die Hinweise zum Datenschutz wurden mir ausgehändigt und erläutert.

Frankfurt am Main,

Ort, Datum Unterschrift Patient/in

Unterschrift Podologe/in