


<b>Patientenaufnahmeblatt</b> Podologische Praxis	<b>Ökumenische Sozialstation Otterberg e.V.</b> Podologische Praxis Geißberggring 2, 67697 Otterberg ☎ (06301) 793311 ✉ Kontakt@Sozialstation-Otterberg.de	 (06301) 793311

<b>Aufnahmedatum:</b>		<b>Gewünschter Rückruf / Termin:</b>
-----------------------	--	--------------------------------------

<b>Name u. Vorname</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Geburtsname:</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Straße und Nr.</b>			
<b>PLZ und Ort:</b>			
<b>Telefon:</b>		<b>Mobiltelefon:</b>	

<b>Familienstand:</b>		<b>Nationalität:</b>		<b>Konfession:</b>	
-----------------------	--	----------------------	--	--------------------	--

<b>Hausarzt:</b>	
<b>Facharzt:</b>	
<b>Weitere Fachärzte:</b>	
<b>Schweigepflicht</b>	Die Mitarbeiter der Sozialstation sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ich bin damit einverstanden, dass der Austausch von Informationen zwischen Ärzten und/oder Krankenhaus und der Sozialstation davon ausgenommen ist.

<b>Angehörige / Betreuer:</b> Adresse Telefon-/Mobil-Nr. Beziehung	① 1. Bezug	②	③

<b>Krankenkasse:</b>		<b>Zuzahlungsbefreiung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unterjährig <input type="checkbox"/> nein
<b>Mitgliedsnummer:</b>		<b>Beihilfeberechtigt:</b>	<input type="checkbox"/> ja
<b>Pflegegrad:</b>		<b>seit:</b>	
<b>Datenschutz</b>	Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Sozialstation die für die Abrechnung erforderlichen Daten an den jeweiligen Kostenträger übermittelt, sowie in der EDV speichert. Die Mitarbeiter der Sozialstation sind zur Verschwiegenheit verpflichtet. Ich bin damit einverstanden, dass der Austausch von Informationen zwischen den jeweiligen Kostenträgern und der Sozialstation davon ausgenommen ist.		

<b>Weitere Kostenträger:</b>	<input type="checkbox"/> Blindengeld	<input type="checkbox"/> Landespflegehilfe	<input type="checkbox"/> Freie Heilfürsorge
	<input type="checkbox"/> Pflegeverein (Förderverein), welcher:		
	<input type="checkbox"/> Unfallkasse, welche:		
<b>Rechnungsempf.</b>	Eigenanteil an:	<input type="checkbox"/> 1. Bezug	<input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter

<b>Patientenverfügung:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Aufbewahrungsort:</b>	
----------------------------	---	--------------------------	--

<b>Benötigte Hilfsmittel:</b>	Orthosen, Nagelkorrekturspangen sowie andere Hilfsmittel, wie Pflegebett, Dekubitusmatratze, Badewannenlifter, Toilettensstuhl, Toilettensitzerhöhung, Rollstuhl, Sitzkissen, Inkontinenzmaterial, Stomamaterial, etc., Verbrauchshilfsmittel (Handschuhe, Desinfektionsmittel, Krankenunterlagen, etc.)

## Selbstauskunft -

Um Sie mit einer optimalen Behandlung zu versorgen, ist es wichtig, Ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu kennen. Hierfür bitten wir Sie, den vorliegenden Fragebogen sorgfältig und vollständig auszufüllen. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.

<b>Anamnese:</b>	Sind Sie zum 1. Mal bei einer Pedologischen Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Leiden Sie unter einem Diabetes mellitus? <input type="checkbox"/> Typ 1 <input type="checkbox"/> Typ 2	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Seit wann ist die Erkrankung bei Ihnen bekannt?	_____
	Nehmen Sie orale Antidiabetika, spritzen Sie Insulin?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sind bei Ihnen arterielle Durchblutungsstörungen oder venöse Rückflusstörungen oder Krampfadern bekannt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Haben oder hatten Sie Herz-/Kreislaufkrankungen?	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Herzschwäche / Herzinsuffizienz</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"><li>Herzrhythmusstörungen</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"><li>Angina Pectoris ( Brustenge / Herzschmerzen)</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<ul style="list-style-type: none"><li>Zustand nach Herzinfarkt,</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	wenn ja wann? _____	
	<ul style="list-style-type: none"><li>Herzschrittmacher</li></ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie ein blutgerinnungshemmendes Mittel ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Nehmen Sie häufig/regelmäßig Aspirin bzw. ASS ein?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besteht bei Ihnen eine Hauterkrankung wie Psoriasis oder Neurodermitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Sind andere Erkrankungen wie Arthritis, Arthrose, Rheuma, Gicht oder Osteoporose bei Ihnen festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Leiden Sie an einer ansteckenden Erkrankung? (Hepatitis, HIV, AIDS od. MRSA Infektion, resistente Bakterien oder Viren u.a.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Leiden Sie an Allergien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja welche? _____	
	Vertragen Sie Pflaster, Latex, Medikamente, Jodpräparate, Pflegepräparate?*	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wurden Sie schon einmal an den Füßen, Knien, Hüften oder am Rücken operiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Tragen Sie vom Arzt verordnete, orthopädische Einlagen und/oder Schuhzurichtungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Gibt es andere ernsthafte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Wenn ja welche? _____	

\* Zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen

### Welche Fußbeschwerden führen Sie zu uns?

Um keine unnötigen Wartezeiten entstehen zu lassen, bitten wir Sie, Termine pünktlich wahrzunehmen. Sollten Sie dennoch einmal verhindert sein, bitten wir Sie, Termine mindestens 24 h vorher abzusagen. Für nicht eingehaltene und nicht abgesagte Termine werden Ihnen die durch den Ausfall entstandenen Kosten in Rechnung gestellt.

### Bestätigung und Einwilligung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- alle Angaben wahrheitsgemäß und vollständig, nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben und
- willige darin ein, dass meine persönlichen Daten und meine Behandlungsdaten gespeichert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter