

# ANAMNESEBOGEN

-----  
Name

-----  
Vorname

-----  
Geburtsdatum

weiblich

männlich

-----  
Straße, Hausnummer

-----  
PLZ, Wohnort

-----  
Telefon

-----  
Mobil

-----  
E-Mail

-----  
Beruf

-----  
Hobbys

-----  
Sport / Freizeit

-----  
Versicherung

Gesetzl. Krankenvers.

Privatvers.

-----  
Hausarzt

-----  
Telefon

-----  
Facharzt

-----  
Telefon

## INFEKTIONSKRANKHEITEN

ja  nein

## DIABETES UND FOLGEERKRANKUNGEN

Diabetes Typ I  Diabetes Typ II

Hba1C-Wert -----

## DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

ja  nein

pAVK  sonstige Durchblutungsstörungen

## KRAMPFADERN UND KOMPRESSIONSSTRÜMPFE

Besenreiser  Krampfadern

Ödeme  Kompressionsstrümpfe

Rundstrick  Flachstrick

Klasse  1  2  3

-----  
Seit wann?

Lymphdrainage  ja  nein

# ANAMNESEBOGEN

## KRANKHEITEN

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arthritis             | <input type="checkbox"/> Arthrose                                   | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen<br>oder Bluter | <input type="checkbox"/> hoher Blutdruck  |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck   | <input type="checkbox"/> Gicht                                      | <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                       | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Immunschwäche<br>(Chemo)                   | <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose                      | <input type="checkbox"/> Osteoporose      |
| <input type="checkbox"/> Rheuma                | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenunter-<br>funktion / Hashimoto | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion               |   |
- Leiden Sie an:
- |   |                                     |  |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Abszesse               | <input type="checkbox"/> Eiterungen | <input type="checkbox"/> Verstärkte<br>Wundheilung |
| <input type="checkbox"/> Verzögerte Wundheilung |                                     |  |

## MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- ja  nein

- |  |  |  |                                     |
|--|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirin         | <input type="checkbox"/> Blutverdünnte<br>Arzneimittel | <input type="checkbox"/> Diabetesmedikamente     | <input type="checkbox"/> Herzmittel |
| <input type="checkbox"/> Heparin-Spritze | <input type="checkbox"/> Marcumar / Xarelto            | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenmedikamente |                                     |

Seit wann? .....

Sonstige: .....

## ALLERGIEN

- |   |                                     |   |  |
|---|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika          | <input type="checkbox"/> Duftstoffe | <input type="checkbox"/> Nahrungsmittel | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Medikamente | <input type="checkbox"/> Sonstige   |   |  |

Wenn ja, worauf? .....

## OPERATIONEN

Sind Sie schon einmal operiert worden?  ja  nein

Wenn ja, woran und wann? .....

## EINLAGEN

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Harte Einlagen | <input type="checkbox"/> Weiche Einlagen | <input type="checkbox"/> Seit wann? ..... |
|---|--|---|

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die sorgfältige Behandlung Ihrer Füße hat in meiner Praxis höchste Priorität.

Um Komplikationen zu vermeiden und nach der Behandlung auszuschließen und frühzeitig Risiken zu erkennen, bitte ich Sie, alle gestellten Fragen korrekt und wahrheitsgemäß zu beantworten. Bei Fragen, helfe ich Ihnen sehr gerne weiter. Ihre persönlichen Angaben unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergeleitet.

Die Behandlung birgt nur geringe Risiken. Trotzdem möchte ich Sie darauf hinweisen, dass es zu Verletzungen durch Stiche oder Schnitte kommen kann. Diese werden unverzüglich und entsprechend der Hygienevorschriften sofort versorgt. Durch Materialien die ich während und nach der Behandlung verwende, können allergischen Reaktionen auftreten, daher ist es sehr wichtig dass die Angaben im Feld „Allergien“ ordnungsgemäß ausgefüllt werden.

Ich lege sehr viel Wert auf eine ordentliche und ausführliche Dokumentation, daher werden vor Behandlungsbeginn und während der Behandlung eventuell Bilder angefertigt. Diese sind nur für den interne Gebrauch bestimmt.

Alle Fragen 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 -----