

# PATIENTENFRAGEBOGEN

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die sorgfältige Behandlung ihrer Füße hat bei uns höchste Priorität. Um Komplikationen oder Risiken auszuschließen, bitten wir Sie, alle Fragen korrekt zu beantworten. Bei Bedarf leisten wir gerne Hilfestellung. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.

## Persönliche Angaben

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
akad. Titel

\_\_\_\_\_  
Geschlecht

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Sind Sie gegen Tetanus geimpft?  ja  nein

Besteht bei Ihnen Trombosegefahr?  ja  nein

## Medikamente

Herzmedikamente .....  nein  Nitro  Digitalis

Blutverdünnungsmittel .....  nein  Aspirin  ASS/ \_\_\_\_\_  Marcumar

Blutdruckmedikamente .....  nein  ja

Bestehen Allergien? Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

## Erkrankungen

Diabetes .....  nein  Typ 1  Typ 2 bekannt seit \_\_\_\_\_  
 Diät  Tabletten  Insulin

Implantate .....  nein  Hüfte  Knie

Amputation .....  nein Fuß:  links  rechts Zehen:  links  rechts  
 Welche/r: \_\_\_\_\_

Orthopädische/ Diabetische Einlagen oder Schuhe .....  nein  ja

Hypertonie (Bluthochdruck) .....  nein  ja

Psoriasis (Schuppenflechte) .....  nein  ja

Neurodermitis .....  nein  ja

Hepatitis B (Lebererkrankung) .....  nein  ja

HIV (Aids) .....  nein  ja

MRSA (Keim) .....  nein  ja

Herzinfarkt .....  nein  ja

Durchblutungsstörung .....  nein  ja

Schlaganfall .....  nein  ja

Neuropathie (Nervenstörung an Füßen) .....  nein  ja

Krampfadern, Kompressionsstrümpfe oder Ödeme .....  nein  ja, \_\_\_\_\_

Mögliche Risiken während der Behandlung sind erfahrungsgemäß sehr gering. Trotzdem möchten wir darauf hinweisen, dass es zu Stich- oder Schnittverletzungen kommen kann, welche von uns sofort versorgt werden. Durch Desinfektionsmittel, Abdruckmaterial oder Pflegeprodukte können allergische Reaktionen auftreten, weshalb uns Ihre Hinweise auf eventuelle Medikamenten-Unverträglichkeiten sehr wichtig sind.

Für unsere Dokumentation fertigen wir zu Behandlungsbeginn und während der Behandlung eventuell Bilder an, welche nur für den internen Gebrauch bestimmt sind.

Alle Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst. Der Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass zu Dokumentationszwecken entstandene Bilder, anonym im Gesundheitsjournal auf [podologie-ostalb.de](http://podologie-ostalb.de) beispielhaft gezeigt werden können.

# ABSAGEPFLICHT



Mir ist bekannt, dass ich,

---

Vorname

---

Nachname

sofern ich einen Termin nicht wahrnehmen kann, diesen 24 Stunden vorher absagen muss.

Außerdem bin ich hiermit darüber informiert, dass unentschuldig nicht wahrgenommene oder nicht rechtzeitig abgesagte Termine privat in voller Höhe der Vergütungsregelung in Rechnung gestellt werden können.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten ist uns wichtig. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck unsere Praxis Daten erhebt, speichert oder weiterleitet. Der Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in puncto Datenschutz haben.

## 1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Podologie Ostalb  
Mariana Atanasova  
Luise-Hartmann-Straße 3-5  
73430 Aalen  
07361 - 813 060 5  
kontakt@podologie-ostalb.de

## 2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben, um den Behandlungsvertrag zwischen Ihnen und Ihrer Podologin/Ihrem Podologen und die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere Ihre Gesundheitsdaten. Dazu zählen Anamnesen, Diagnosen, Therapieansätze und Befunde, die wir oder andere Therapeuten erheben. Zu diesen Zwecken können uns auch Ärzte, bei denen Sie in Behandlung sind, Daten zur Verfügung stellen (z.B. in Arztbriefen).

Die Erhebung von Gesundheitsdaten ist Voraussetzung für Ihre Behandlung. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Behandlung nicht erfolgen.

## 3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Ärzte, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung, Ärztekammern und privatärztliche Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen, zur Klärung von medizinischen und sich aus Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

## 4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Behandlung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren.

## 5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit Baden-Württemberg

**Hausanschrift:**

Lautenschlagerstraße 20  
70173 Stuttgart

**Postanschrift:**

Postfach 10 29 32  
70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0

Fax: 0711/615541-15

E-Mail: [poststelle@lfdi.bwl.de](mailto:poststelle@lfdi.bwl.de)

## 6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden.

Ich habe diese Information gelesen und verstanden:

\_\_\_\_\_  
Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift