

Fragebogen für Patienten

Das formelle zuerst...

Name _____ Vorname _____ Geb. _____

Telefon _____ Mobil _____

Straße/Nr. _____ Plz/Ort _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

Krankenversicherung gesetzlich privat Selbstzahler
 Beihilfe Post Zusatzversicherung

Beruf _____ Hobby/Sport _____

ich sitze viel ich stehe viel ich arbeite körperlich
Ich bewege mich leider zu wenig gelegentlich regelmäßig viel

Zu meiner Krankengeschichte

Meine Diagnose: bin gesund
 Diabetes Herz-/Kreislaufbeschwerden Neuropathie
 Krebs psychische Beschwerden Rheuma/Gicht
 Schilddrüse Haut-/Nagelerkrankung Autoimmunerkrankung

Ich bin schwanger oder stille nein ja

Ich nehme Medikamente

Herz/Kreislauf Diabetes Entzündungshemmer

Schilddrüse Psychopharmaka

andere _____ keine

Schmerzmittel: regelmäßig akut

Ich bin in Behandlung bei Hausarzt Facharzt Heilpraktiker

Name des Behandlers _____

Gab es Operationen, Brüche? _____

Ich habe Rückenbeschwerden (Lokalisation und seit wann) _____

In meiner Familie treten bestimmte Krankheiten häufig auf _____

Ich habe Allergien _____

Blatt bitte wenden

So geht es meinen Füßen im Moment...

Ich habe keine Beschwerden, ich bin aus prophylaktischen/ästhetischen Gründen hier.

Ich habe Beschwerden im Bereich

Fußsohle/Ferse Hallux Zehennägel Zehen/Zehenzwischenraum

Meine Beschwerden

sind akut seit _____ Tagen.

sind chronisch seit _____ Wochen _____ Monaten _____ Jahren.

treten immer mal wieder auf

Die Ursache dafür ist Unfall Sturz weiß nicht anderes

Ich war bereits in Behandlung ärztlich podologisch fußpflegerisch

Ich bin Angstpatient Schmerzpatient

Hauptsächlich trage ich (mehrere Ankreuzen möglich)

Arbeitsschuhe Sport-/Bequemschuhe hochhackige/spitz zulaufende Schuhe

Flip Flops Barfuß(Barfußschuhe) Hausschuhe ohne Halt im Fersenbereich

Schuhgröße _____

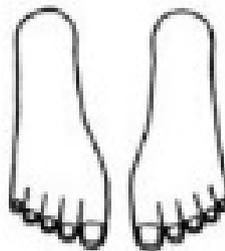
Ich trage orthopädische Einlagen Schuhanpassung
 andere Hilfsmittel Kompressionsstrümpfe
regelmäßig nein ja

Hier sind meine Problemzonen (bitte einkreisen):

Bemerkungen:



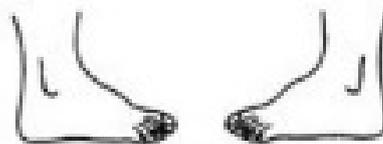
R plantar L



R dorsal L



R medial L



R lateral L