

Anamnese – bitte ausfüllen

Herr Frau Datum: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

Haus-Nr.: _____

PLZ: _____

Wohnort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Beruf: _____

Hausarzt: _____

Facharzt: _____

Krankenversicherung: _____

Gesetzlich Privat

Infektionskrankheiten? Welche?

Ja _____ Nein

Diabetes und Folgeerkrankung?

Diabetes Typ I Diabetes Typ II

HbA1C- Wert: _____

Durchblutungsstörungen? Medikamente!

Ja Nein

Medikamente: _____

Krampfaderleiden

Besenreißer Krampfader Ödeme

Kompressions-Strümpfe? Klasse!

1 2 3

Seit wann? _____

Lymphdrainage?

Ja Nein

Einlagen?

konfektioniert orthopädisch

Anamnese – bitte ausfüllen

Krankheiten – ärztlich diagnostiziert

Arthrose Ja | Nein

Arthritis Ja | Nein

Blutgerinnungsstörung Ja | Nein

Hypertonie (Bluthochdruck) Ja | Nein

Hypotonie (Blutniederdruck) Ja | Nein

Herzinsuffizienz Ja | Nein

Pavk: Stadium I II III IV Ja | Nein

Morbus Parkinson Ja | Nein

Neurodermitis Ja | Nein

Rheuma Ja | Nein

Gicht Ja | Nein

Osteoporose Ja | Nein

Immunschwäche (z.B. durch Chemo) Ja | Nein

Wundheilungsstörung Ja | Nein

Multiple Sklerose Ja | Nein

Hautkrankheiten? (Schuppenflechte, Ekzem, Pilz)

Ja Nein

Welche? _____

Waren Sie bereits in podologischer Behandlung?

Ja Nein

Medikamente? Regelmäßige Einnahme von

Aspirin/ASS Marcumar/Xarelto

Diabetes Arznei Herzmittel

Neuralgika Schilddrüsenmittel

Wie oft? _____

Seit wann? _____

Allergien?

Antibiotika Duftstoffe

Propolis Desinfektionsmittel

Pflaster Latex

Datum und Unterschrift