

*Frau zu Frau-Fachfusspflege*

# *Fragebogen Erstbehandlung*

## PERSONALIEN

Name & Vorname:

Geburtstag:  Mail:

Strasse, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefonnr.:

## AUFKLÄRUNG

- Geschätzter Kunde, geschätzte Kundin, die sorgfältige Behandlung Ihrer Füsse hat bei mir oberste Priorität. Um Komplikationen zu vermeiden und Risiken zu kennen, bitte ich Sie die Fragen korrekt zu beantworten und mir **allfällige Sachen die ich gesundheitlich oder persönlich bei der Behandlung beachten muss mitzuteilen**. Es ist mir wichtig das Sie sich wohlfühlen.  
Selbstverständlich unterliegen alle Angaben dem Datenschutz und werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Für die Dokumentation und den Werbeautritt in Social Media mache ich, bei Bedarf, nach der Behandlung Fotos von Ihren Füßen, bitte informieren Sie mich wenn dies **nicht** gewünscht ist und Sie **nicht möchten das die Bilder öffentlich gezeigt werden**.  
Für Weiterbildungszwecke mache ich bei Bedarf Vorher-Nachher Bilder, diese dienen dann dem internen Gebrauch.
- Mit Ihrer **Unterschrift, bestätigen Sie, dass sie jegliche Haftung für Schäden an Ihren Füßen eigenverantwortlich übernehmen** und bei Allergie, Unverträglichkeiten oder Verletzungen den Arzt aufsuchen und sich dort versorgen lassen. Die Risiken sind erfahrungsgemäss gering.  
Ich garantiere Ihnen, dass ich mit bestem Wissen und Gewissen die Behandlung Ihrer Füsse durchführe und nach obersten Hygiene Standart arbeite.  
Die Ausbildung zur Fachfusspflegerin habe ich absolviert und bilde mich stetig fort.  
**Ich möchte ausdrücklich darauf hinweisen, dass ich keine Podologin bin, Behandlungen welche von einer Podologin durchgeführt werden müssen verweigere und nicht bei der Krankenkasse zur Kostenübernahme anerkannt bin.**
- **Bitte melden Sie sich rechtzeitig vom Termin ab**, falls sie verhindert sind (mind. 24 Stunden vor Termin), andernfalls muss ich den vollen Preis des Termins verrechnen.  
Anders ist es natürlich in Notfällen oder Ausnahmesituationen.

Bestehen Allergien?  Ja  Nein

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel oder sind Sie Bluter?  Ja  Nein

Sind Sie Diabetiker oder Rheumatiker?  Ja  Nein

**Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet. Mögliche Risiken sind mir bewusst und ich habe die Aufklärung gelesen und verstanden.**

**Der Fachfusspflege-Behandlung stimme ich uneingeschränkt zu.**

Ort, Datum:

Unterschrift: