



Anmeldeformular Fusspflege

Name: _____

Vorname: _____

Strasse, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Krankenkasse: _____ Nr. _____

Hausarzt: _____

Empfehlung/Überweisung durch:

Dr. med. _____

Bitte zutreffendes ankreuzen:

- Diabetes Typ _
- Antikoagulation (Blutverdünner) _____
- Jodallergie
- Latexallergie
- Immunsuppressiva
- Vom Eigenanteil befreit ja / nein
- Gemeinde (Restkosten): _____

Der/die Patient/in erklärt sich einverstanden, dass Frau Visita Kottsieper (Fachfusspflege; Dipl. Pflegefachfrau HF) die notwendigen Fuss-Untersuchungen und Behandlungen vornimmt, sowie bei auffälligen oder schweren Fuss-Veränderungen den behandelnden Hausarzt über den Behandlungsverlauf in der Fusspraxis informiert.

Ort, Datum

Unterschrift