

	<b>Anamnesebogen &amp; Einwilligungserklärung Hand- und Fußpflege Nagelspange</b>	<b>Version: 01 Stand: 23.04.25 Seite: 1 von: 2</b>
---	---	--

Erstellt/Geändert: Enoch, Julita	Datum: 23.04.25	Geprüft: Liman, Gülsen	Datum: 23.04.25	Freigegeben: Dr. Szabo	Datum: 23.04.25
-------------------------------------	--------------------	---------------------------	--------------------	---------------------------	--------------------

Dieser Bogen dient der individuellen Beurteilung Ihrer Haut- und Nagelgesundheit sowie der sicheren Durchführung Ihrer Behandlung bei Health & More.

## Persönliche Angaben

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragen

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  Ja  Nein
- Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z. B. Diabetes, Rheuma)?  Ja  Nein
- Haben Sie bekannte Allergien (z. B. Latex, Pflaster, Desinfektionsmittel)?  Ja  Nein
- Bestehen Hauterkrankungen an Händen oder Füßen (z. B. Neurodermitis, Psoriasis)?  Ja  Nein
- Haben Sie aktuell offene Wunden, Risse oder Blasen an Händen oder Füßen?  Ja  Nein
- Besteht ein bekannter Nagelpilz oder Fußpilz?  Ja  Nein
- Leiden Sie an eingewachsenen Nägeln?  Ja  Nein
- Wurde bereits eine Nagelspangentherapie durchgeführt?  Ja  Nein
- Neigen Sie zu starker Hornhautbildung oder Schwielen?  Ja  Nein
- Kennen Sie neurologische Einschränkungen (z. B. Taubheitsgefühl)?  Ja  Nein
- Haben Sie Durchblutungsstörungen (z. B. bei arterieller Verschlusskrankheit)?  Ja  Nein
- Besteht eine Schwangerschaft oder Stillzeit?  Ja  Nein

## Pflegegewohnheiten

Wie oft pflegen Sie Ihre Hände und Füße zu Hause? \_\_\_\_\_

Welche Produkte verwenden Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_



Erstellt/Geändert: Datum:  
Enoch, Julita 23.04.25

Geprüft:  
Liman, Gülsen

Datum:  
23.04.25

Freigegeben:  
Dr. Szabo

Datum:  
23.04.25

## Ziel der Behandlung

Was wünschen Sie sich von der Behandlung? (z. B. Pflege, Entspannung, medizinische Unterstützung bei Beschwerden):

---

---

## Einwilligung

Ich bestätige, dass ich die oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Ich wurde über die geplante Behandlung, deren Ablauf, Risiken und Nachsorge aufgeklärt und stimme der Durchführung zu. Ich bin mit der Erhebung und Nutzung meiner Daten im Rahmen der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) einverstanden.

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

Unterschrift Klient:in: \_\_\_\_\_