

Patientendaten

Frau / Herr _____
geboren am _____
wohnhaft _____
Telefon _____

Geplante Behandlung SS04U-Spange Statt OP® am _____
 SS04U-Spange Statt OP® kombiniert mit Erkihäckchen
 sonstige Spangentechnik

Anamnese _____

Ursache(n) Trauma Schuhwerk Sport
 Mykose Nagelschnitt weitere _____

Wurden Sie schon einmal behandelt? ja nein

Wenn ja, wie? - Konservativ Fußbäder Fußpflegerin mit Spange
- Operation: Totalresektion Teilresektion / Emmert -Plastik

Wie oft wurden Sie bereits am Nagel operiert? _____

Lokaler Befund rechts DI DII DIII DIV DV medial lateral
 links DI DII DIII DIV DV medial lateral

Nagelbefund _____

Rubor Tumor Dolor Hypergranulation Eiterbildung / Pus

Sie erhalten eine Nagelkorrekturspange, als Therapeut bin ich verpflichtet, Sie aufzuklären.

Mögliche Risiken und Komplikationen können sein:

- Teilablösen des Nagels oder Ablösung der Nagelplatte • Verletzung / Entzündung oder Verhornung des Nagelfalzes
- Einreißen des Nagels • Verlust / Ablösen der Nagelplatte • Reaktion auf das Material

Sollten Sie Schmerzen/Komplikationen nach dem Setzen der Spange verspüren, melden Sie sich umgehend!

☎ 01 60 / 76 54 0 57 WhatsApp 01 60 / 76 54 0 57 oder 0 50 67 / 249 800 (AB)

Gelöste oder abgefallene Spangen werden wieder aufgesetzt!

Nachbehandlungstermine sind dringend einzuhalten, nur wenn Sie konsequent mitarbeiten, kann es einen Therapieerfolg geben!
Falsches Schuhwerk ist unbedingt zu vermeiden

Bitte klären Sie zusätzlich die Notwendigkeit des Tragens orthopädischer Schuhe und Einlagen mit einem Orthopäden ab.

Einwilligungserklärung

Ich, _____, erkläre, dass ich
Name Vorname

detailliert über die Behandlung mit der Nagelkorrektur-Spange, sowie die dafür anfallenden Behandlungskosten aufgeklärt wurde. Weiterhin gebe ich mein Einverständnis für diese Behandlungsmethode.

- Ich wurde darüber informiert, dass die Krankenkasse die Kosten der Behandlung teilweise oder ganz übernimmt bzw., dass die Krankenkasse die Kosten der Behandlung unter Umständen gar nicht übernimmt.

- Die Bezahlung erfolgt in bar nach der Behandlung.
- Die Bezahlung erfolgt binnen fünf Tagen auf das unten angegebene Konto.

Es ist ratsam, sich vor Behandlungsbeginn, von Ihrer Krankenkasse eine Kostenübernahme bestätigen zu lassen.

Faxen Sie dieses Formular Ihrer Krankenkasse / ein Duplikat wird Ihrer Karteikarte zugefügt.

Kostenaufstellung

Rezept _____

Orthonyxiespange /-spangen links rechts beidseitig
 145,00 EUR 290,00 EUR

- die Hygienepauschale, die Nagelbearbeitung, evtl. Tamponieren, Verbandsmaterial etc. sind in den Preis einkalkuliert

Versetzen der Orthonyxiespange /-spangen je Zeh pro Behandlung 25,00 EUR

Kostenübernahme der Krankenkasse _____ EUR

Gesetzliche Zuzahlung _____ EUR Gesamt _____ EUR

- Ich habe alles verstanden, Fragen wurden geklärt. Ich bitte um sofortigen Behandlungsbeginn.

Ort / Datum / Unterschrift

Gerne personalisieren wir den Arztbericht mit Ihren Praxisdaten / Praxistag / IK-Nummer
Gegen Zahlung einer einmaligen Gebühr i.H.v. 19,99 EUR erhalten Sie von uns eine pdf-Datei mit dem Recht zur Vervielfältigung.
Bei Interesse nehmen Sie Kontakt zu uns auf und senden uns Ihre Daten/Ihr Logo an die folgende Email-Adresse datsenschutz@sso4u.de
Wir versichern den sensiblen Umgang mit Ihren Daten und werden die Daten keinesfalls weiterzuleiten.
Entworfen von den **Podologinnen u. Wundassistentinnen DDG Kerstin u. Mandy Lampe** von der **Podologie mci**
Bitte besuchen Sie uns im Internet www.spange-mci.de Bei Gefallen freuen wir uns über einen „like“ auf facebook – Sie finden uns unter **mci-Spangentherapie**