

**ERSTBEFUNDUNG TEIL 1**  
**Anamnese, Sicht- und Tastbefund**



Name: ..... Verordnung vom: ..... Diagnose: .....  
 Vorname: ..... Diagnosegruppe: UI 1  UI 2  DF  NF  QF   
 Geburtsdatum: .....

**ANAMNESE** Anmerkungen

- Allergien .....  ja  nein
- Angiopathie .....  ja  nein
- Diabetes mellitus .....  ja  nein
- Gicht .....  ja  nein
- Hepatitis B .....  ja  nein
- HIV .....  ja  nein
- Medikamente .....  ja  nein
- Neuropathie / Polyneuropathie .....  ja  nein
- Operationen am Fuß / Zeh .....  ja  nein
- Rheuma .....  ja  nein
- Sonstige Erkrankungen: .....

**Mobilität:**

- normal .....  ja  nein
- Schonhaltung .....  ja  nein
- Gehstütze .....  ja  nein
- Rollator .....  ja  nein
- Sportliche Aktivitäten .....  ja  nein

**Schuhe:**

- Konfektion .....  ja  nein
- Maßschuhversorgung .....  ja  nein
- Einlagen .....  ja  nein

**BEFUNDERHEBUNG – SICHT- UND TASTBEFUND**

**Gangbild:**

- normal .....  ja  nein
- hinkend .....  ja  nein
- schleifend .....  ja  nein
- Steppergang .....  ja  nein
- .....
- .....

**Schuhkontrolle:**

- zu eng .....  ja  nein
- zu weit .....  ja  nein
- zu kurz .....  ja  nein
- zu spitz .....  ja  nein
- Absatzhöhe ....  ja  nein

**Strumpfkontrolle:**

- zu eng .....  ja  nein
- zu weit ....  ja  nein
- zu kurz ....  ja  nein

**Ödeme / Schwellungen** .....  ja  nein

**Arbeits-Sicherheitsschuh/Kompressionsstrümpfe**

.....  ja  nein

**Hautbild am Fuß:**

- Ekzem .....  ja  nein
- Neurodermitis .....  ja  nein
- Onychomykose .....  ja  nein
- Psoriasis .....  ja  nein
- Verrucae .....  ja  nein
- Hyperkeratosen .....  ja  nein
- Hypokeratosen .....  ja  nein
- Clavi .....  ja  nein
- Dermatomykose .....  ja  nein
- .....

**Zustand Nagel / Nagelfalz:**

- Unguis incarnatus Stadium .....  ja  nein
- Schmerzen .....  ja  nein
- Rötung .....  ja  nein
- Schwellung .....  ja  nein
- Granulationsgewebe .....  ja  nein
- Exsudat  ja  nein
- klar  blutig  wenig
- Geruch  ja  nein
- mäßig  viel
- Nagelfalz sondierbar  ja  nein

Zustand der Nägel beider Füße: .....  
 Hautzustand der Füße: .....  
 Zehenfehlstellung: .....  
 Fotodokumentation: .....

Datum ..... Unterschrift Therapeut .....

## **AUFKLÄRUNG UND BERATUNG**

- Auswahl der Therapiemaßnahmen .....
- Aufklärung über den präventiven Charakter der Therapie .....
- Ablauf der Behandlung .....
- Therapieziel: Wiederherstellung, Besserung und Erhaltung der physiologischen Funktion der Haut im Bereich der Füße und der Zehennägel. ....
- Adäquate Hautpflege .....
- Adäquate Nagelpflege .....
- Mögliche interdisziplinäre Zusammenarbeit .....
- Adhärenz des Patienten (Mitwirkungspflicht des Patienten) .....
- Therapiebegleitende Maßnahmen .....

## **THERAPIEPLAN**

- Therapiemaßnahmen  
.....
- Eingesetzte Instrumentarien  
.....
- Eingesetzte Materialien  
.....
- Therapieziel kurzfristig  
.....
- Frequenz  
.....

Datum: .....      Unterschrift Therapeut: .....

Unterschrift Patient: .....

ggf. Name gesetzlicher Vertreter: .....

Unterschrift gesetzlicher Vertreter: .....