

ANAMNESE / CHECK-UP - GKKT

Sehr geehrter Gast,

Sie haben sich für eine Anwendung in der Kältekammer entschieden. Deshalb bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, um etwaige Contra-Indikationen oder Risiken auszuschließen.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Grunderkrankung / Diagnose (falls vorhanden)

Frage	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt?	☐	☐
Haben Sie eine Herzerkrankung?	☐	☐
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	☐	☐
Haben Sie Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine?	☐	☐
Wurde ein Morbus Raynaud festgestellt?	☐	☐
Haben Sie jemals einen Schlaganfall erlitten?	☐	☐
Leiden Sie an Venenentzündung oder Thrombose?	☐	☐
Hatten Sie jemals eine Lungenembolie?	☐	☐
Haben Sie Nervenschmerzen?	☐	☐
Haben Sie Diabetes?	☐	☐
Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie?	☐	☐
Leiden Sie an Blutarmut?	☐	☐
Waren Sie jemals an einem bösartigen Tumor erkrankt?	☐	☐
Haben Sie zurzeit akute Entzündungen (z. B. der Blase, etc.)?	☐	☐
Haben Sie eine chronische Atemwegserkrankung (z. B. Asthma)?	☐	☐
Haben Sie eine Kälteallergie?	☐	☐
Leiden Sie an Klaustrophobie?	☐	☐

Einverständniserklärung

Den Fragebogen habe ich verstanden und richtig / korrekt ausgefüllt. Ich bin hinreichend über die Risiken der Anwendung in der Kältekammer aufgeklärt worden. Bei gesundheitlichen Fragen / Problemen bitte erst Ihren Arzt kontaktieren. Meine persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und werden nicht weitergegeben.

Datum

Unterschrift