

Kryoanwendungen Anamnesebogen

Vorname: _____

Nachname: _____ **Geburtsdatum:** _____

E-Mail: _____

Telefonnummer: _____

Wählen Sie bitte zutreffendes aus!

Beschwerdebild	ja	nein
Allgemein schlechter Gesundheitszustand aktuell (Erkältung, Fieber)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck (höher als 160 mmHg) Niedriger Blutdruck, ohne Medikamententherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen, Gefäßenge, Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creme frisch aufgetragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen in letzter Zeit (noch offene Wunden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallsucht (Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteallergie, Kälteasthma, Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestörtes Immunsystem, Andere Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzkrankheiten (chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Platzangst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall (Apoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morbus Raynaud, Akrozyanose, Gefäßentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bösartiger Tumor, Tuberkulose, Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magersucht (Anorexia nervosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft/Stillzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kryoglobulinämie, Agammaglobulinämie, Kryofibrinogenämie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Was sind Kälteanwendungen?

Als Kältetherapie (Kryotherapie) (kryo-+ gr. Therapiea-Behandlung) bezeichnet man in der Medizin die Behandlung mit Kälte, bei der die Körperoberfläche extrem niedrigen Temperaturen (weit unter minus 100°C) für circa 2-3 Minuten ausgesetzt wird, um die günstigen Körperreaktionen auszunutzen bzw. hervorzurufen.

ACHTUNG GEFAHR!

Hinweis: Implantate (Silikon, Metallimplantate oder Plättchen) stellen zwar keine Kontraindikation dar, aber wir empfehlen eine ärztliche Rücksprache.

Bei unsachgemäßer Anwendung der Kältekabine kann es zu Erfrierungen, zum Beispiel der Extremitäten, wie Finger oder Fußzehen kommen. Anschließende Nebenwirkung können leichte Kreislaufbeeinträchtigungen für kurze Zeit sein, intensive Kälteempfindung oder gar leichter Schwindel. Lassen Sie sich unbedingt vorher professionell und kompetent beraten, sprechen Sie bei bestehenden Vorerkrankungen unbedingt zunächst mit Ihrem behandelnden Facharzt über Ihr Vorhaben eine Kältetherapiesitzung machen zu wollen! Piercings bzw. metallische Gegenstände sind zu entfernen. Bei Unklarheiten ist von einer Anwendung abzusehen und ärztliche Rücksprache zu halten.

Ich habe den diesen Anamnesebogen gelesen, verstanden und bin über 18 Jahre. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich fühle mich umfassend aufgeklärt. Trotz sorgfältiger Behandlung weiß ich, dass es zu oben genannten Risiken kommen kann und ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnisses nicht garantiert werden kann. Ich willige in die Kryotherapie-Behandlung ein. Ich willige ein, dass meine Daten durch den Betreiber zur eigenen Infoweitergabe (wie Terminerinnerungen etc.) gespeichert und genutzt werden dürfen.

Kryosauna nicht frisch eingecremt betreten!!!

Salzburg, am _____

Unterschrift