

Check-up-Bogen Kältekammer

Sehr verehrter Gast, Sie haben sich für eine Anwendung in der -110 °C Kältekammer entschieden, deshalb bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, um etwaige Kontraindikationen oder Risiken auszuschließen.

Name, Vorname: _____

Gast Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Verband: _____

Grunderkrankung / Diagnose: _____

Absolute Gegenindikationen	KI-abs.	ja	nein	Bemerkungen
Wurde bei Ihnen ein unbehandelter Bluthochdruck festgestellt?				
Haben Sie eine Herzerkrankung? Z.B. Bypass, Stent, Infarkt				
Haben Sie einen Herzschrittmacher/Defibrillator?				
Haben Sie Durchblutungsstörungen? PAVK Stadium 3 und 4				
Haben Sie eine akute Atemwegs-, Nieren-, Harnwegserkrankung?				
Hatten Sie eine Venenentzündung oder Thrombose?				
Hatten Sie jemals eine Lungenembolie?				
Waren Sie tumorerkrankt unter 5 Jahren?				
Sind Sie schwanger ab dem 4. Monat?				
Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie?				
Haben Sie eine Kälteallergie?				
Leiden Sie unter einer schweren Anämie (Blutarmut)?				
Relative Gegenindikationen	KI-rel.	ja	nein	Bemerkungen
Haben Sie Nervenschmerzen? (Polyneuropathie)				
Leiden Sie unter Vaskulitiden (Blutgefäßwandentzündungen)?				
Wurde ein Morbus Raynaud festgestellt?				
Haben Sie Herzrhythmusstörungen oder einen Klappenfehler?				
Haben Sie eine chronische Atemwegserkrankung (z. B. Asthma)?				
Leiden Sie an Klaustrophobie? Platzangst				

Kreuzen Sie bitte die derzeitige **Schmerzintensität** ein (10 = stärkster Schmerz):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nehmen Sie zurzeit Medikamente? Falls ja, welche?

1. _____

4. _____

7. _____

2. _____

5. _____

8. _____

3. _____

6. _____

9. _____

Einverständniserklärung: *(nicht zutreffendes bitte streichen)*

Den Fragebogen habe ich richtig verstanden und korrekt ausgefüllt. Ich bin hinreichend über die Risiken der Anwendung in der -110 °C Kältekammer aufgeklärt worden. Insbesondere die Erläuterungen des Beiblattes „Hinweise und Verhaltensregeln zur Ganzkörperkältetherapie“ habe ich intensiv gelesen und zur Kenntnis genommen. Ich habe vorher mit meinem Arzt Rücksprache gehalten. Bei Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich dies dem behandelnden Therapeuten unverzüglich vor dem Kältekammergang mit. Hiermit erkläre ich mich mit der Dokumentation für eine Studie einverstanden, die der Erforschung der Anwendungen in der Kältekammer dient. Dabei werden meine Angaben anonym behandelt. Meine persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und dürfen nicht weitergegeben werden.

Datum, Unterschrift