

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: _____ Geburtsdatum: _____

Grunderkrankung / Diagnose: _____

Absolute Gegenindikationen	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 in den vergangenen 5 Jahren tumorerkrankt?			
Sind Sie im 4. Monat oder später schwanger?			
Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie?			
Haben Sie eine Kälteallergie?			
Leiden Sie unter einer schweren Anämie (Blutarmut)?			
Relative Gegenindikationen	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:

- Den Fragebogen habe ich verstanden und korrekt ausgefüllt.
- Das Beiblatt „Hinweise und Verhaltensregeln zur Ganzkörperkältetherapie“ habe ich zur Kenntnis genommen.
- Ich bin vor Ort/telefonisch hinreichend über die Risiken der Anwendung in der -110 °C Kältekammer aufgeklärt worden.
- Ich habe mit meinem Arzt Rücksprache gehalten, weil ich ein oder mehrere Gegenindikationen (Tabelle oben) mit JA beantwortet habe.
- Bei Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich dies dem behandelnden Personal vor dem Kältekammergang mit.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zum Zweck der Dokumentation des Therapieerfolgs vorübergehend gespeichert und verarbeitet werden.

Datum, Unterschrift