

Check-up-Bogen icelab

Sehr verehrter Gast, Sie haben sich für eine Anwendung im icelab entschieden, deshalb bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, um etwaige Kontraindikationen oder Risiken auszuschließen.

Name, Vorname: _____ Gast Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Verband: _____

Grunderkrankung / Diagnose: _____

Fragestellungen- 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)?				
Fragestellungen- relative Gegenindikationen	KI-rel.			
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 im icelab 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 icelab-Kammergang 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

Dokumentation

(wird von der Betreuerin/vom Betreuer bearbeitet)

Name, Vorname: _____

Grunderkrankung / Diagnose: _____

Persönliches Ziel des Gastes: _____

Begleitende Therapie: _____

Daten der Expositionen:

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR
Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer
Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR
Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer
Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR	RR
Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer	Dauer

Besonderheiten: _____

Schmerzintensität (10 = stärkster Schmerz) am _____:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bemerkung: _____

Beurteilung des Therapieerfolges (Betreuer/in unter Einbeziehung des Gastes): _____