

Check-up-Bogen „icelab“

Sehr verehrter Gast, Sie haben sich für eine Anwendung in der icelab -110° C Kältekammer entschieden. Daher bitten wir Sie folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, um etwaige Kontraindikationen oder Risiken auszuschließen. Für Fragen stehen wir Ihnen natürlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Name, Vorname: _____

Gast Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

Verband: _____

Grunderkrankung / Diagnose: _____

Fragestellungen	ja	nein	Bemerkungen
Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt?			
Haben Sie eine Herzerkrankung? Z.B. Bypass, Stent			
Haben Sie einen Herzschrittmacher?			
Haben Sie Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine?			
Wurde ein Morbus Raynaud festgestellt?			
Haben Sie jemals einen Schlaganfall erlitten? Falls ja, wann?			
Hatten Sie eine Venenentzündung oder Thrombose?			
Hatten Sie jemals eine Lungenembolie?			
Haben Sie Nervenschmerzen? (Polyneuropathie)			
Haben Sie einen Diabetes?			
Leiden Sie unter Gefühlsstörungen in den Beinen?			
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?			

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:

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

Den Fragebogen habe ich richtig verstanden und korrekt ausgefüllt. Ich bin hinreichend über die Risiken der Anwendung im icelab aufgeklärt worden. Ich habe vorher mit meinem Arzt Rücksprache gehalten. 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.

Unterschrift / Datum

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): _____