

# 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	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?			
Hatten sie kürzlich eine Impfung?			

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. 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): \_\_\_\_\_