

Anamnesebogen

zur Kälteanwendung



Vorname:		Nachname:	
Geb.Dat.			
E-Mail:		Telefon-Nr.	

INFORMTION UND AUFKLÄRUNG

Als Kryotherapie (altgriechisch κρύος kryos, deutsch Eis, Frost) oder auch Kältetherapie bezeichnet man den gezielten Einsatz von Kältereizen, um einen therapeutischen Effekt zu bewirken. In der Medizin die Behandlung mit Kälte, bei der die Körperoberfläche extrem niedrigen Temperaturen (weit unter minus 100°C) für circa 2-3 Minuten ausgesetzt wird, um die günstigen Körperreaktionen auszunutzen bzw. hervorzurufen.

Es sollte beachtet werden, dass bei der Behandlung mit Kälte keinerlei Heilversprechen zugrunde liegen! Die vorstehend gemachten Angaben dürfen nicht als Heilversprechen angesehen werden, sondern lediglich die Möglichkeit aufzeigen, was passieren kann. Jeder Mensch ist unterschiedlich und jeder Mensch reagiert auch anders auf die Behandlung, deshalb können die verschiedenen Behandlungsergebnisse bei jedem Einzelnen auch anders ausfallen.

WARNHINWEIS

Hinweis: Implantate (Silikon, Metallimplantate oder Plättchen) stellen zwar keine Kontraindikation dar, aber wir empfehlen eine ärztliche Rücksprache.

Es ist wichtig die Füße mittels Socken und den zur Verfügung gestellten Hausschuhen zu schützen und die Hände während der Behandlung am oberen Kabinenrand zu behalten.

Als mögliche Nebenwirkung könnte es zu einer leichte Kreislaufbeeinträchtigungen für kurze Zeit kommen, eine intensive Kälteempfindung, oder auch leichter Schwindel. Lassen Sie sich zuvor professionell und kompetent beraten. Bei bestehenden Vorerkrankungen sprechen Sie zuvor mit Ihrem behandelnden Facharzt über Ihr Vorhaben eine Kältetherapiesitzung machen zu wollen!

- Bei Unklarheiten ist von einer Anwendung abzusehen und zuvor ärztliche Rücksprache zu halten.
- Piercings bzw. metallische Gegenstände sind zu entfernen.
- Während der Kälteanwendung sind unbedingt Socken und Hausschuhe zu tragen.
- Betreten Sie die Kryosauna KEINESFALLS verschwitzt oder frisch eingecremt

	JA	NEIN	ggf. mit Arzt abgeklärt
Allgemein schlechter Gesundheitszustand aktuell (Erkältung, Fieber)			
Bluthochdruck (höher als 160 mmHg) Niedriger Blutdruck, ohne Medikamententherapie			
Durchblutungsstörungen, Gefäßenge, Diabetes			
Medizinische Implantate			
Herzschrittmacher			
Operationen in letzter Zeit (noch offene Wunden)			
Fallsucht (Epilepsie)			
Schilddrüsenüberfunktion (Hyperthyreose)			
Kälteallergie, Kälteasthma, Überempfindlichkeit gegen Kälte			
Gestörtes Immunsystem, Andere Infektionen			
Herzinfarkt, Herzinsuffizienz, Herzkrankheiten (chronisch), Herz-Kreislauf-Erkrankungen			
Platzangst			
Schlaganfall (Apoplex)			
Morbus Raynaud, Akrozyanose, Gefäßentzündungen			
Bösartiger Tumor, Tuberkulose, Chemotherapie			
Magersucht (Anorexia nervosa)			
Schwangerschaft/Stillzeit			
Kryoglobulinämie, Agammaglobulinämie, Kryofibrinogenämie			

Ich habe den diesen Anamnesebogen gelesen, verstanden und bin über 18 Jahre. Ich habe keine weiteren Fragen. Ich fühle mich umfassend aufgeklärt. Trotz sorgfältiger Behandlung weiß ich, dass es zu oben genannten Risiken kommen kann und ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnisses nicht garantiert werden kann. Ich stimme der Kryoanwendung in der Kältesauna zu.

Ich willige ein, dass meine Daten durch den Betreiber zur eigenen ausschließlich internen Informationsweitergabe, wie zB der Terminorganisation, gespeichert und genutzt werden dürfen. Die Daten werden selbstverständlich nicht and Dritte weitergegeben.

Grödig, am _____ Unterschrift: _____