

ANAMNESE / CHECK-UP

Kältekammer

Sehr geehrter Gast,

Sie haben sich für eine Anwendung in der Meri-Kältekammer entschieden. Deshalb bitten wir Sie, folgenden Fragebogen gewissenhaft auszufüllen, um etwaige Contra-Indikationen oder Risiken auszuschließen.

Name, Vorname
Geburtsdatum
Grunderkrankung / Diagnose (falls vorhanden)

Frage	Ja	Nein
Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Herzerkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein Morbus Raynaud festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie jemals einen Schlaganfall erlitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Venenentzündung oder Thrombose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals eine Lungenembolie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Nervenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Blutarmut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie jemals an einem bösartigen Tumor erkrankt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie zurzeit akute Entzündungen (z. B. der Blase, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine chronische Atemwegserkrankung (z. B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Kälteallergie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Klaustrophobie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Einverständniserklärung

Den Fragebogen habe ich verstanden und richtig/korrekt ausgefüllt. Ich bin hinreichend über die Risiken der Anwendung in der Kältekammer aufgeklärt worden. Bei gesundheitlichen Fragen/Problemen bitte erst Ihren Arzt kontaktieren. Meine persönlichen Daten werden vertraulich behandelt und werden nicht weitergegeben.

.....
Datum

.....
Unterschrift