

# Anamnesebogen bei Erstbehandlung

**Bitte geben Sie alle Angaben richtig an und bestätigen dies am Ende mit Ihrer Unterschrift**

***Bei folgenden Indikationen bedarf es einer ärztlichen Voruntersuchung!***

**ja**

- 1 Schwere Herzkrankheiten und Herzrhythmusstörungen
- 2 Herzschrittmacher / Subkutanes Transplantat
- 3 Schwere Atemwegs- oder Lungenerkrankungen (Asthma, Angina Pectoris)
- 4 Hypertonie (Akuter Bluthochdruck)
- 5 Polyneuropathie (Nervenentzündung)
- 6 Morbus Raynaud (Durchblutungsstörung)
- 7 Kryoglobulinämie (Gefässentzündung)
- 8 Klaustrophobie (Platzangst)
- 9 Krampfanfälle/Epilepsie
- 10 Diabetes

***Bei folgenden Indikationen ist eine ärztliche Konsultation empfehlenswert !***

- 11 Leiden Sie an Venenentzündung oder Thrombose?
- 12 Leiden Sie unter Gefühlsstörungen in den Beinen?
- 13 Leiden Sie an Blutarmut?

***Bei folgenden Indikationen ist für eine GKKT Vorsicht geboten !***

- 14 Leiden Sie an Hyperhidrose (übermäßiges Schwitzen)?
- 15 Haben Sie eine Kälteallergie?
- 16 Haben Sie zurzeit akute Entzündungen (z.B. der Blase, etc.)?
- 17 Sind Sie erkältet?

***Fakultativfragen: Warum machen Sie die Therapie (was möchten Sie erreichen)?***

- 18 Gesundheit (spezielle Beschwerde oder allgemein)?
- 19 Sport/Fitness (Leistungssteigerung, Verletzungen heilen, usw)?
- 20 Medical Wellness (Antiaging, Schönheit, Gewebestraffung usw.)?

**Allgemeine Bemerkungen (Medikamente / Therapien / Behandlung / Sonstiges)**

## **Persönliche Angaben**

**Name:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Alter:**

**Adresse:**

**PLZ / Ort:**

**Telefon:**

**Hausarzt / Ort:**

*Dieser Fragebogen muss bei relevanten Veränderungen angepasst werden! Meine persönliche Daten sind vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden. Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet wurden. Das Gantze Zentrum für Gesundheit haftet nicht für eventuell auftretende Schäden, die durch nicht wahrheitsgemäße Selbstauskünfte entstanden sind.*

**Datum:**

**Unterschrift:**