

Anamnesebogen bei Erstbehandlung mit der Ganzkörperkältetherapie

Bei folgenden Indikationen bedarf es einer ärztlichen Voruntersuchung:

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

JA Nein

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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?

JA Nein

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

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?

JA Nein

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Bei Verordnung vom Arzt bitte ergänzen:

Diagnose:

Beschwerden:

Behandlungsziele:

Allgemeine Bemerkungen (Medikamente / aktuelle Therapien / sonstiges)

Dieser Fragebogen muss bei relevanten Veränderungen angepasst werden! Meine persönlichen Daten sind vertraulich und dürfen nicht weitergegeben werden. Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet wurden. Ich erkläre mich einverstanden, jegliche Veränderungen meines Gesundheitszustandes dem Personal von ICE ROOM unverzüglich mitzuteilen. ICE ROOM haftet nicht für Schäden, die durch nicht wahrheitsgemäße Selbstauskünfte entstanden sind.

Persönliche Angaben:

Name _____

Vorname _____

Postleitzahl _____

Ort _____

Straße _____

Geburtsdatum _____

E-Mail-Adresse _____

Telefon _____

Ort, Datum

Unterschrift Kunde