

Therapiezentrum am Tropicana GmbH, Jahnstr. 2a in 31655 Stadthagen

Tel.: 05721/ 9377340

Mail: info@tz-stadthagen.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend finden Sie Fragen zu ihrem aktuellen Gesundheitszustand. Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung entsprechend Zeit. Ihre uns mitgeteilten Antworten unterliegen der Schweigepflicht. Bitte lesen Sie sich vorab die Liste der Kontraindikationen, welche gegen eine Kältekammeranwendung sprechen, sorgfältig durch. Bitte sprechen Sie zudem vorab mit Ihrem Hausarzt, ob in Ihrem Fall Gründe gegen einen Besuch der Kältekammer sprechen.

Vor dem Besuch der Kältekammer erfolgt eine Blutdruckmessung. Bitte planen Sie sich nach der Anwendung noch 10min Beobachtungszeit in unserem Wartezimmer ein.

Die Benutzung der Kältekammer erfolgt auf eigenes Risiko. Die Kosten der Anwendung werden nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung getragen.

Kontraindikationen, die gegen einen Besuch der Kältekammer sprechen:

- bekannte erhöhte Kälteempfindlichkeit (Morbus Raynaud, Kälteagglutinerkrankung)
- periphere arterielle Verschlusskrankheit Stadium III oder IV
- ein Zeitraum von 6 Monaten nach einem Herzinfarkt oder einer Bypassoperation, Stentimplantation, Herzklappenoperation.
- nicht oder schwer einstellbare arterielle Hypertonie (RR- Werte >160/100 mmHg)
- Angst- und Panikstörung
- akute Infektionen
- Wirkbeeinflussung nach Konsum psychoaktiver Substanzen
- schlecht einstellbarer Diabetes mellitus mit akut einsetzenden Hypoglykämien

	Ja	Nein
Ist bei Ihnen ein Bluthochdruckleiden bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine periphere arterielle Verschlusskrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Herzkranzgefäße bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Litten Sie schon einmal unter pektanginösen Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie im Zeitraum der letzten 6 Monate einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ja	Nein
Hat sie im Zeitraum der letzten 6 Monate eine Bypassoperation, Stent-Implantation, Implantation einer künstlichen Herzklappe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen jemals eine tiefe Beinvenenthrombose diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Morbus Raynaud bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden sie an ausgedehnten offenen Wunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Krebsleiden bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen ein Diabetes mellitus bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Niereninsuffizienz bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem akuten Harnwegsinfekt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer akuten Atemwegsinfektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Epilepsie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Angst- und/oder Panikstörung bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie klaustrophobische Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist bei Ihnen eine Polyneuropathie bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen Sie unter der Wirkung psychoaktiver Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Könnten Sie schwanger sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiegen Sie weniger als 50 kg?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie unter 18 Jahre alt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorname, Nachname in Druckbuchstaben

Geb.-Datum

Ort, Datum

Unterschrift