

**AUFKLÄRUNGS-/BELEHRUNGSBOGEN ZUR GZF KÄLTETHERAPIE**

Die Ganzkörperkältetherapie ist eine spezielle Form der Kryotherapie. Die Kälteanwendung wird seit vielen Jahren zur Unterstützung von Regeneration, Wohlbefinden und körperlicher Leistungsfähigkeit eingesetzt. Durch den intensiven, kurzzeitigen Kältereiz werden natürliche Anpassungs- und Regenerationsprozesse des Körpers aktiviert.

Es handelt sich um eine kurzzeitige Ganzkörper-Kälteanwendung, bei der der Körper Temperaturen von bis zu  $-110\text{ °C}$  ausgesetzt wird. Die Erstanwendung erfolgt in der Regel mit maximal 3 Minuten Anwendungsdauer. Eine längere Anwendungsdauer erfolgt ausschließlich nach individueller Einschätzung durch unser eingewiesenes Fachpersonal. Da die Anwendung den Herz-Kreislauf kurzfristig beansprucht, erfolgt jede Anwendung ausschließlich unter unserer Aufsicht und Freigabe. Die Anwendung erfolgt ausschließlich entsprechend der Herstellervorgaben der GEOWAY G900 CRYO.

Im Aufklärungsgespräch am: \_\_\_\_\_ wurden mir,

**Name:** \_\_\_\_\_ **Vorname:** \_\_\_\_\_

**geboren am:** \_\_\_\_\_ **Telefon:** \_\_\_\_\_

**wohnhaft in:** \_\_\_\_\_

durch das Fachpersonal des Gesundheitszentrum Frankenwalds,

Frau / Herrn: \_\_\_\_\_

die Anwendung und die möglichen Risiken der Ganzkörperkältetherapie in der Geoway Kältekammer erläutert (entsprechend dem Infoblatt). Ich wurde eingehend über den Ablauf der Ganzkörper-kältetherapie informiert und über mögliche Komplikationen aufgeklärt.

**Grundlage der Durchführung ist die von mir wahrheitsgemäß ausgefüllte Medizinische Sicherheits-Checkliste.**

**Eine finale Beurteilung zum Betreten der Kältekammer ist dem Aufsicht führenden Fachpersonals des Gesundheitszentrum Frankenwaldes vorbehalten.**

**1. Ziel der Anwendung und aktuelle Ausgangslage**

Regeneration/Sport     Schmerzreduktion     Stress/Schlaf     Beauty/Gewicht

sonstige: \_\_\_\_\_

Beschwerden/Diagnosen: \_\_\_\_\_

**2. Aktuelle Gesundheitsdaten:** (wird vom Fachpersonal des GZF gemessen/eingetragen)

Aktueller Blutdruck: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_    Aktueller Puls: \_\_\_\_\_

Aktuelle Hauttemperatur:    rechter Oberschenkel: \_\_\_\_\_ °C    linke Schulter: \_\_\_\_\_ °C

Startgewicht: \_\_\_\_\_ kg    Wunschgewicht: \_\_\_\_\_ kg

### 3. Medizinische Sicherheits-Checkliste - bitte jede Zeile beantworten

<b>Schwangerschaft:</b>	ja	nein
Sind Sie schwanger?		

#### **Leiden Sie unter folgenden Krankheiten?**

<u>Herz / Durchblutungsstörungen etc.</u>	ja	nein
unbehandelter oder stark erhöhter Blutdruck, insbesondere $\geq 180/100$ mmHg		
akute Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen		
stabile/ instabile Angina pectoris		
Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen, Herzoperation		
Herzinfarkt, der weniger als 6 Monate zurückliegt		
Schlaganfall, der weniger als 6 Monate zurückliegt		
schwere Durchblutungsstörungen		
Raynaud-Syndrom (Störung der Finger- und Zehendurchblutung)		
akute Gefäßentzündungen		

<u>Allgemein:</u>	ja	nein
aktuter Infekt (Atem-, Harnwege, Haut, Herpes)		
frische Operationen		
offene Wunden / Wundheilungsstörung		
großflächige Hautinfekte/ Erysipel		
chronische Atemwegserkrankungen, Asthma		
tiefe Venenthrombosen		
Tumorerkrankungen		
Kryoglobulinämie, Agammaglobulinämie, Kryofibrinogenämie		
Kälteurtikaria (Hautausschlag/Reaktion auf Kälte)		
Krankheiten erhöhter Kälteempfindlichkeit (Kälteagglutinin-Krankheit, Kälteasthma)		
individuelle Kälteunverträglichkeit		
krankhaftes Schwitzen (Hyperhidrosis)		
schwere Sensibilitätsstörungen (Polyneuropathien)		
Blasen- Nierenerkrankungen		
Anfallsleiden (Epilepsie, epileptische Anfälle)		
Klaustrophobie ("Platzangst")		
Magersucht		
Diabetes mellitus mit Neigung zur Unterzuckerung		
schwere Schilddrüsenunterfunktion		
schwere Blutarmut/ Anämie		
Blutungsneigung / Blutungsdiathese		

<b>Aktuelle Beschwerden:</b>	ja	nein
Haben Sie aktuelle Entzündungen?		
Haben Sie eine akute Infektionskrankheit?		
Haben Sie frische Narben?		
Haben Sie aktuell Schwindel, Kreislaufprobleme oder Unwohlsein?		
Haben Sie heute Alkohol, Drogen oder bewusstseinsverändernde Medikamente konsumiert?		

<b>Implantate</b> Bei elektronischen Implantaten erfolgt die Anwendung nur nach ärztlicher Abklärung.	ja	nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher / Defibrillator / Neurostimulator?		
Bestehen sonstige medizinische elektronische Systeme?		

#### **4. Nebenwirkungen:**

Die Anwendungen der Ganzkörperkältetherapie werden im Allgemeinen sehr gut vertragen. In seltenen Fällen können während oder nach der Anwendung kurzfristige Reaktionen wie Kopfschmerzen, leichter Hustenreiz, Schwindel, Zittern oder vorübergehende Hautrötungen auftreten. Bestehende Kopfschmerzen können sich vereinzelt kurzfristig verstärken. Die genannten Reaktionen klingen in der Regel innerhalb kurzer Zeit wieder ab.

Sollten Sie während der Anwendung Übelkeit oder Schwindel verspüren, informieren Sie bitte sofort das Personal. Unsere Mitarbeiter sind während der gesamten Anwendung für Sie da und können sofort reagieren, falls eine Nebenwirkung auftreten sollte.

#### **5. Datenschutz:**

Ich bin ausdrücklich damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten aus dem Fragebogen für die optimale Behandlung sowie ggf. Folgebehandlungen vom Gesundheitszentrum Frankenwald verarbeitet werden.

Mir ist bewusst, dass diese Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Hierfür genügt die Übersendung der Widerrufserklärung in Textform an die Kontaktdaten des Verantwortlichen. Mir ist klar, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Weitere Informationen finden Sie in unserer Datenschutzbelehrung. Diese hängt in unseren Geschäftsräumen aus.

#### **6. Medizinischer Disclaimer:**

Die Kryotherapie ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung. Es werden keine Heilversprechen abgegeben. Bei bestehenden Erkrankungen, Unsicherheiten oder Beschwerden wird empfohlen, vor der Anwendung ärztlichen Rat einzuholen.

#### **7. Einverständniserklärung:**

Ich habe den Fragebogen gelesen und bestätige, die oben genannten Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich bin über die Behandlung und deren Verlauf, Risiken und Kontraindikationen ausreichend aufgeklärt. Wird die Anwendung auf eigenen Wunsch abgebrochen, besteht kein Anspruch auf Erstattung oder Teilerstattung des entrichteten Preises.

**Ich willige in die Behandlung und ggf. weitere Folgebehandlungen ein. Die Haftung für Schäden aus vorsätzlichem oder grob fahrlässigem Verhalten bleibt unberührt.**

**Für Garderobe, Schmuck, elektronische Geräte oder persönliche Wertgegenstände wird keine Haftung übernommen.**

**Ich verpflichte mich, das Personal unverzüglich über Veränderungen meines Gesundheitszustandes, neu auftretende Beschwerden oder gesundheitliche Einschränkungen zu informieren.**

**Mir ist bewusst, dass für Schäden, die aufgrund unvollständiger, unrichtiger oder verschwiegener Angaben entstehen, seitens des Betreibers keine Haftung übernommen wird, soweit gesetzlich zulässig.**

**Mir ist bekannt, dass die Kryotherapie keine ärztliche Diagnose oder Behandlung ersetzt. Bei bestehenden Erkrankungen oder gesundheitlichen Unsicherheiten wird empfohlen, vor der Anwendung ärztlichen Rat einzuholen.**

**Mir ist bekannt, dass die Tür der Kältekammer jederzeit eigenständig von innen geöffnet werden kann und während der gesamten Anwendung wenn gewünscht Sichtkontakt zum betreuenden Personal besteht.**

**Ich, \_\_\_\_\_ habe keine weiteren Fragen.**

Vorname, Nachname in Druckbuchstaben

**Ort, Datum, Unterschrift**