

# Anamnesebogen

Datum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Stadt \_\_\_\_\_

Geburtstag \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Geschlecht: M W D

## VERZICHTS- UND FREIGABEVEREINBARUNG

Bitte vor der Unterzeichnung sorgfältig lesen!

Sie beinhaltet folgende Anwendungen:

- Ganzkörper-Kältetherapieanwendung
- IHHT Sauerstoff-Intervall Behandlung
- Rotlicht-Behandlung

## HINWEIS

Sollten Sie während der Kryotherapie oder den anderen Behandlungen zu irgendeinem Zeitpunkt Schmerzen oder geistige oder körperliche Beschwerden verspüren, beenden Sie die Behandlung sofort, indem Sie die Türe öffnen und die Kältekammer verlassen bzw. die Maske abnehmen oder die Rotlichtbehandlung verlassen.

## Fragen Ja/Nein

BITTE ANKREUZEN!

SCHWERE KARDIOVASKULÄRE ERKRANKUNGEN	JA	NEIN
Leiden Sie unter unbehandeltem Bluthochdruck?		
Haben Sie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit?		
Hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten einen Herzinfarkt?		
Haben Sie eine Herzklappenerkrankung?		
Haben Sie eine instabile Angina Pectoris?		
Leiden Sie an der ischämischen Herzkrankheit?		
Haben Sie einen Herzschrittmacher?		

Mussten Sie sich in den vergangenen 6 Monaten Herzoperationen unterziehen?		
Haben Sie dekompensierende Erkrankungen (Ödeme) des Herz-Kreislauf-Systems, der Atemwege, kongestive Herzinsuffizienz, COPD oder chronische Lebererkrankungen?		

KREISLAUF-/HAUTERKRANKUNGEN	JA	NEIN
Haben Sie eine tiefe Venenthrombose (DVT) oder eine bekannte Kreislaufstörung?		
Haben Sie die Raynaud-Krankheit?		
Haben Sie bakterielle oder virale Infektionen der Haut, Wundheilungsstörungen (offene Wunden oder Ausfluss von Wund-/Hauterkrankungen)?		
Haben Sie Vaskulitis?		

BLUTSTÖRUNGEN	JA	NEIN
Leiden Sie unter schwerer Anämie?		
Haben Sie schwere konsumierende Erkrankungen (wie abnormale Blutungen)?		

ANDERE ALLGEMEINE GESUNDHEITSBEDINGUNGEN	JA	NEIN
Haben Sie akute Atemwegsbeschwerden (Grippe, fieberhafte Atemwegserkrankungen o. a.), akute Magen-Darm-Beschwerden oder einen akuten Schub einer chronischen Erkrankung ?		
Leiden Sie unter Thrombose?		
Haben Sie Klaustrophobie?		
Haben Sie eine Schilddrüsenunterfunktion?		
Haben Sie kälteallergische Erscheinungen (bekannte Allergie gegen kalte Kontaktmittel)?		
Stehen Sie unter Alkohol- oder Drogeneinfluss?		
Sind Sie schwanger?		

Das Hotel Krallerhof übernimmt keine Haftung für gesundheitliche Risiken, die aus den angebotenen Behandlungen wie Kryo,-Rotlicht und IHHT-Therapie resultieren können. Gäste werden dazu angehalten, bei Unsicherheiten bezüglich ihres Gesundheitszustands vor der Teilnahme eine ärztliche Untersuchung durchführen zu lassen oder Rücksprache mit ihrem Arzt zu halten. Durch die Unterschrift erklärt der Gast, auf jegliche Ansprüche gegen das Hotel Krallerhof und sein Team zu verzichten.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_