



Fragebogen Abfrage und Kontraindikation zur Kältekammer

Sehr geehrte Damen und Herren,

nachfolgend finden Sie Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand und absolute Kontraindikationen. Bitte klären Sie vorab mit Ihrem Hausarzt, ob in Ihrem Fall Gründe gegen den Besuch einer Kältekammer sprechen.

Die Benutzung der Kältekammer erfolgt auf eigenes Risiko.

Da es sich nicht um eine verordnungsfähige Leistung handelt, können die Kosten nicht über die gesetzlichen oder privaten Krankenkassen abgerechnet werden. Auch können wir über die Erstattung der Kosten durch Ihre Krankenkasse keinerlei Aussagen treffen.

Absolute Kontraindikationen zur Anwendung in einer Kältekammer

- erhöhte Kälteempfindlichkeit (Kälteagglutinin-erkrankung, Kälteurtikaria, Kälteasthma)
- Durchblutungsstörungen
- nach einem Herzinfarkt oder Bypass-Operationen
- arterielle Hypertonie (>160/100 mmHg)
- Asthma bronchiale
- Raynaud-Syndrom
- akute Nieren- oder Blasenerkrankungen
- Angstzustände in geschlossenen Räumen
- akute Infektionskrankheiten

Bitte nehmen Sie sich für die Beantwortung der folgenden Fragen einige Minuten Zeit und bringen Sie den ausgefüllten Bogen zu Ihrer 1. Anwendung mit.

Schwere kardiovaskuläre Erkrankungen

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie unter unbehandeltem Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine periphere arterielle Verschlusskrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie in den vergangenen 6 Monaten einen Herzinfarkt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine Herzklappenerkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie eine instabile Angina Pectoris? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leiden Sie an der ischämischen Herzkrankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Mussten Sie sich in den vergangenen 6 Monaten Herzoperationen unterziehen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie dekompensierende Erkrankungen (Ödeme) des Herz-Kreislauf-Systems, der Atemwege, kongestive Herzinsuffizienz, COPD oder chronische Lebererkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Kreislauf- und Hauterkrankungen

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| _ Haben Sie eine tiefe Venenthrombose (DVT) oder eine bekannte Kreislaufstörung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie die Raynaud-Krankheit? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie bakterielle oder virale Infektionen der Haut, Wundheilungsstörungen (offene Wunden oder Ausfluss von Wund-/Hauterkrankungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie Vaskulitis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Blutstörungen

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Leiden Sie unter schwerer Anämie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schwere konsumierende Erkrankungen (wie abnormale Blutungen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Zustände des Nervensystems/Nieren- und Leberfunktion

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| _ Haben Sie Diabetes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie akute Nieren- oder Harnwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie irgendwelche Anfallsleiden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Leiden Sie unter Hyperhidrose – starkem Schwitzen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie Polyneuropathien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere allgemeine Gesundheitsbedingungen

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| _ Haben Sie akute Atemwegsbeschwerden (Grippe, fieberhafte Atemwegserkrankungen o. a.)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie Klaustrophobie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie eine Schilddrüsenunterfunktion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Haben Sie kälteallergische Erscheinungen (bekannte Allergie gegen kalte Kontaktmittel)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Stehen Sie unter Alkohol- oder Drogeneinfluss? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _ Sind Sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ich wurde vor Benutzung der Kältekammer auf die oben genannten Kontraindikationen hingewiesen. Eine Abstimmung mit meinem Hausarzt bzw. aktuell behandelnden Arzt über sonstige Gründe, die für mich gegen die Anwendung in einer Kältekammer sprechen ist erfolgt.

Datum, Ort

Unterschrift