

Aufklärungsbogen zur Ganzkörperkältetherapie

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____

durch die Ärztin / den Arzt Frau/ Herrn: _____

die Anwendung und die möglichen Risiken der Ganzkörperkältetherapie wurden mir erläutert (entsprechend dem Belehrungsblatt GKKT). Ich wurde über den Ablauf der GKKT informiert und über mögliche Komplikationen aufgeklärt.

Grundlage für die Durchführung ist die von mir wahrheitsgemäß ausgefüllte Gesundheitscheckliste:

Beschwerdebild/ bestehende Erkrankungen	Ja	Nein
Kälteallergische Erscheinungen (Nesselsucht)		
Durchblutungsstörungen der Beine oder Arme (pAVK („Schaufensterkrankheit“), Morbus Raynaud („Weißfingerkrankheit“))		
Abgelaufene Venenthrombosen		
Akute Nieren- und Harnwegserkrankungen		
Herzinfarkt in den letzten 12 Monaten / Koronare Herzerkrankung / Angina pectoris („Engegefühl in der Brust“) / Herzrhythmusstörungen		
Herzschrittmacher, implantierter Cardio-Defibrillator oder andere implantierte elektronische Geräte		
Unbehandelter Bluthochdruck über 160/100 mm Hg		
Akute Infekte der Atemwege (u.a. Bronchitis), Asthma bronchiale (Rücksprache mit dem behandelnden Arzt)		
Anfallsleiden (Epilepsie)		
Frische Operationen, Wundheilungsstörungen		
Bekannte Migräne mit starker Neigung zu Kopfschmerzen		
Polyneuropathie (Erkrankung von Nerven mit Gefühlsstörungen)		
Schwangerschaft (ab 4. Monat)		
Haben Sie Metallimplantate? (Schmuck, Ketten, Armreifen, Ringe, Ohrringe, Uhren, Piercings etc)		
Klaustrophobie (Angst vor engen Räumen)		
Vaskulitiden (Blutgefäßwandentzündungen mit Neigung zu Verschlüssen)		

Bad Kreuznach, _____
Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Unterschrift Arzt /Ärztin

Verantwortlich: Professor Schwarting Andreas (ÄD)	Erstellt durch: Tedesco Paulo
Nummer: 20859	Freigegeben am: 07.09.2022
Revision: 003/09.2022	Freigegeben von: Schwarting, Andreas (ÄD)