

Aufklärungsbogen zur Ganzkörperkälte



In einem eingehenden Aufklärungsgespräch wurden mir

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

durch die Ärztin/den Arzt Frau/Herrn: _____ die Anwendung und die möglichen Risiken der Ganzkörperkältetherapie erläutert (entsprechen dem Belehrungsblatt GKKT).

Ich wurde eingehend über den Ablauf der GKKT informiert und über mögliche Komplikationen aufgeklärt. Grundlage für die Durchführung ist die, die von mir wahrheitsgemäß ausgefüllte Gesundheitscheckliste.

Gesundheitscheckliste:

Beschwerdebild/bestehende Erkrankungen	Ja	Nein
Kälteagglutininie (Kälteantikörper)		
Kälteallergische Erscheinungen (Urtikaria/Nesselsucht durch Kälte)		
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (Durchblutungsstörung der Beine/Arme)		
Abgelaufene Venenthrombosen		
Akute Nieren- und Harnwegserkrankungen		
Instabile Angina pectoris		
Herzinfarkt in den letzten 12 Monaten		
Herzschrittmacher, implantierter Cardio-Defibrillator oder andere implantierte elektronische Geräte		
Unbehandelter Bluthochdruck über 160/100mm/Hg		
Akute fiebrige Erkrankungen der Atemwege, Asthma bronchiale, Bronchitis		
Blasen- und Nierenerkrankungen		
Schwere Anämie (Blutarmut)		
Anfallsleiden (Epilepsie, epileptische Anfälle)		
Krebserkrankungen oder ungewollter starker Gewichtsverlust		
Alkohol-/Drogenkonsum		
Wundheilungsstörungen/großflächige bakterielle o. virale Hautinfektionen		
Ischämische Herzkrankheit (Herzkranzgefäßverengung)		
Herzrhythmusstörungen		
Herzklappenfehler		
Zustand nach Herzoperationen (Rücksprache mit dem Arzt)		
Vaskulitiden (Gefäßentzündungen)		

Beschwerdebild/bestehende Erkrankungen	Ja	Nein
Frische Operationen		
Hyperhidrosis (starkes Schwitzen)		
Starke Kopfschmerzen/ Migräne		
Raynaud-Syndrom (vegetative Dysfunktion der Durchblutung)		
Polyneuropathie (Erkrankung peripherer Nerven mit Sensibilitätsstörungen)		
Schwangerschaft (ab 4. Monat)		
Platzangst		
Hauterkrankungen (Neurodermitis, Psoriasis)		
Haben Sie Metallimplantate? (Schmuck, Ketten, Armreifen, Ringe, Ohrringe, Uhren, Piercings etc)		

Bad Kreuznach, _____
Datum

Unterschrift des Patienten / der Patientin

Unterschrift Arzt/Ärztin