KÄLTEKAMMER
Kryotherapie Rostock

FRAGEBOGEN

LIFECUBE®
RENEW YOUR BODY

Sehr geehrte Kundin | sehr geehrter Kunde,
bitte füllen Sie diesen Bogen in Ruhe aus und besprechen Sie ihn, falls erforderlich mit einem unserer Mitarbeiter. Ihre Antworten erleichtern es uns, die bestmögliche Anwendungsmethode für Sie zu wählen.

KUNDENINFORMATION (Mindestalter 18 Jahre)

Vorname: _____ Name: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Geb. Datum: _____
Mobil: _____ E-Mail-Adresse: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

SCHWANGERSCHAFT	Nein	Ja
Sind Sie zurzeit schwanger?	○	○

KRANKHEITEN

Leiden Sie unter folgenden Krankheiten oder waren Sie in der Vergangenheit davon betroffen?

	Nein	Ja	Anmerkung *(z.B. Art, Dauer)*
Bluthochdruck	○	○	
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	○	○	
Weißfingerkrankheit	○	○	
Diabetes	○	○	
Krampfanfälle | Epilepsie	○	○	
Kälteallergie | Kälteempfindlichkeit	○	○	
Venenentzündungen	○	○	
Thrombose	○	○	
Blutarmut	○	○	
Chronische Atemwegserkrankungen | Asthma	○	○	
Nierenerkrankungen	○	○	
Schilddrüsenunterfunktion	○	○	
Arteriosklerose	○	○	
Krebs	○	○	
Klaustrophobie	○	○	
HIV	○	○	

Hatten Sie schon einmal einen Schlaganfall? Wenn Ja, wann?
○ Nein ○ Ja

Hatten Sie schon einmal einen Herzinfarkt? Wenn Ja, wann?
○ Nein ○ Ja

Hatten Sie schon einmal eine Lungenembolie? Wenn Ja, wann?
○ Nein ○ Ja

KÄLTEKAMMER
Kryotherapie Rostock

FRAGEBOGEN

LIFECUBE®
RENEW YOUR BODY

AKTUELLE BESCHWERDEN	Nein	Ja	Anmerkung *(z.B. Art, Stelle)*
Haben Sie derzeit akute Entzündungen?	○	○	
Haben Sie derzeit eine akute Infektionskrankheit?	○	○	
Haben Sie derzeit Schmerzen oder allgemeine Beschwerden?	○	○	

GENERELLE BESCHWERDEN	Nein	Ja	Anmerkung *(z.B. Art, Stelle)*
Leiden Sie unter übermäßigem Schwitzen der Haut?	○	○	
Haben Sie Durchblutungs- oder Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen?	○	○	
Haben Sie Hautprobleme oder frische Narben?	○	○	

MEDIKAMENTE & IMPLANTATE	Nein	Ja	Anmerkung *(z.B. Art, Menge)*
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	○	○	
Haben Sie kürzlich Betäubungsmittel eingenommen?	○	○	
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	○	○	
Haben Sie sonstige Implantate?	○	○	
Tragen Sie gerade Kontaktlinsen?	○	○	
Tragen Sie zurzeit irgendwelche Piercings?	○	○	

ANMERKUNGEN

_ _ _ _