

Dieser Kurzfragebogen richtet sich an externe Gäste ohne bekannte Vorerkrankungen und dient Ihrer Sicherheit.

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Mobilnummer

Datum

Erstanwendung in der Kältekammer

Ja ☐ Nein ☐

Gesundheits-Check

Trifft einer der folgenden Punkte auf Sie zu?

Ja

Nein

Ich fühle mich heute krank, fieberig oder habe Infektzeichen (z. B. Erkältung, Grippe, Husten).

☐☐

Ich habe heute Brustschmerzen, Atemnot, starken Schwindel oder Herzrasen.

☐☐

Ich habe offene Wunden, akute Hautentzündungen oder nässende Hautveränderungen.

☐☐

Ich habe Bluthochdruck, eine Herzerkrankung, einen Herzschrittmacher oder hatte einen Herzinfarkt bzw. Schlaganfall.

☐☐

Ich habe Durchblutungsstörungen, Morbus Raynaud oder hatte eine Thrombose bzw. Lungenembolie.

☐☐

Ich habe Diabetes, Epilepsie, Asthma/COPD, eine Blutarmut oder eine verminderte Temperaturempfindung.

☐☐

Ich habe eine Kälteallergie oder reagiere sehr empfindlich auf Kälte (z. B. weiße oder blaue Finger).

☐☐

Ich bin schwanger oder eine Schwangerschaft ist möglich.

☐☐

Ich habe oder hatte eine Tumorerkrankung oder nehme regelmäßig Medikamente ein.

☐☐

Ich leide unter Platzangst.

☐☐

Haben Sie eine Frage mit „Ja“ beantwortet? Dann füllen Sie bitte den ausführlichen Fragebogen aus und sprechen Sie vor der Anwendung mit unserem Cryo-Team.

Vor der Anwendung: Bitte legen Sie Schmuck, Uhren und Metallteile ab. Hände, Füße, Ohren sowie Mund und Nase müssen geschützt sein; Haut und Haare sollen trocken sein. Die finale Entscheidung trifft das Cryo-Team nach Fragebogen, Rücksprache und Kontrolle der Vitalzeichen.

Ich bestätige, dass ich die Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet habe. Mir ist bekannt, dass die Anwendung bei gesundheitlichen Risiken abgelehnt oder verschoben werden kann.

Ort, Datum

Unterschrift Gast

Interne Freigabe Ja ☐ Nein ☐

Kürzel Cryo-Team