

ANMELDUNG KÄLTEKAMMER

Name: Vorname:

Adresse: PLZ / Ort:

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum:

Einzeltherapie

10er Abo

20er Abo

Datum / Unterschrift:

FRAGEBOGEN

- | | | |
|--|------|--------|
| 1. Sind Sie erkältet? | O ja | O nein |
| 2. Haben Sie zur Zeit akute Entzündungen (z.B. Blase, etc.)? | O ja | O nein |
| 3. Leiden Sie an einer chronischen Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)? | O ja | O nein |
| 4. Leiden Sie an einer Herzerkrankung? | O ja | O nein |
| 5. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | O ja | O nein |
| 6. Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt? | O ja | O nein |
| 7. Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine? | O ja | O nein |
| 8. Wurde ein Morbus Raynaud (Gefässerkrankung) festgestellt? | O ja | O nein |
| 9. Leiden Sie an einer Venenentzündung oder Thrombose? | O ja | O nein |
| 10. Leiden Sie unter Gefühlsstörungen in den Beinen? | O ja | O nein |
| 11. Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie? | O ja | O nein |

