



# Fragebogen Kältekammer

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Bist du erkältet?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast du zur Zeit eine akute Entzündung (z.B. Blasenentzündung)?   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an einer chronischen Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an einer Herzerkrankung?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast du einen Herzschrittmacher?                                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde bei dir Bluthochdruck festgestellt?                         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wurde ein Morbus Raynaud (Gefässerkrankung) festgestellt?         | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an einer Venenentzündung oder Thrombose?               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du unter Gefühlsstörungen in den Beinen?                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du unter Krampfanfällen/Epilepsie?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an Blutarmut?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hast du eine Kälteallergie?                                       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an Klaustrophobie?                                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Leidest du an Hyperhidrose (übermässiges Schwitzen)?              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bist du schwanger?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hiermit bestätige ich, dass alle Fragen wahrheitsgetreu beantwortet wurden.

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_