

## Anmeldeformular für Ganzkörper-Kryotherapie

Bitte vor der ersten Kryotherapie-Sitzung sorgfältig lesen, ausfüllen und unterschreiben

Ihr Name \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Aktuelles Alter \_\_\_\_\_

Beste Telefonnummer \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Name der Kontaktperson für Notfälle \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Sind Sie (oder könnten Sie) schwanger sein? \_\_\_\_\_

**BEFINDEN SIE SICH DERZEIT AUS IRGEND EINEM GRUND IN ÄRZTLICHER BEHANDLUNG? Wenn ja, bitte kurz erläutern:**

\_\_\_\_\_

**HATTEN SIE IN DEN LETZTEN 6 MONATEN EINE OPERATION? Wenn ja, bitte kurz erklären:**

\_\_\_\_\_

**IHR HAUSARZT IST:** \_\_\_\_\_

Jede Kontaktinformation: \_\_\_\_\_

**NEHMEN SIE ZUR ZEIT VERSCHREIBUNGSPFLICHTIGE MEDIKAMENTE EIN? Wenn ja, geben Sie bitte an, welche und gegen welche Krankheit:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie irgendwelche Allergien (einschließlich Erkältung-Allergien oder Raynaud-Syndrom)? Wenn ja, bitte angeben:**

\_\_\_\_\_

**HABEN SIE (bitte ankreuzen):**

Systemischer Bluthochdruck von 160/100 mm Hg oder mehr: \_\_\_\_

Jede schwere Störung des Herz-Kreislauf-Systems: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

Herzschrittmacher: \_\_\_\_\_

Asthma oder Kurzatmigkeit: \_\_\_\_\_

Neigung zu leichten Blutungen: \_\_\_\_\_

Klaustrophobie: \_\_\_\_\_

Epilepsie: \_\_\_\_\_

Jede andere chronische Krankheit oder Störung: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie schon (bitte ankreuzen):**

Herzanfall: \_\_\_\_\_ Wenn ja, wie lange war es her? \_\_\_\_\_

Schlaganfall: \_\_\_\_ Wenn ja, wie lange war es her? \_\_\_\_\_

Plötzlicher Verlust des Bewusstseins:

Krampfanfälle: \_\_\_\_\_

Jede schwere Verletzung: \_\_ Wenn ja, bitte angeben: \_\_\_\_\_

**LEIDEN SIE UNTER STÄNDIGEN ODER HÄUFIGEN SCHMERZEN (wenn ja, bitte erläutern)?**

---

**HABEN SIE DERZEIT EINE AKUTE INFEKTION ODER KRANKHEITSSYMPTOME? (wenn ja, bitte angeben):**

---

**WAS IST IHR HAUPTZWECK, DIE GANZKÖRPERKÄLTETHERAPIE AUSZUPROBIEREN?**

Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit und Erholung: \_\_\_\_\_

Verbesserung der Gesundheit/ Schmerzlinderung: \_\_\_\_\_

Bessere Lebensqualität, z. B. mehr Energie, bessere Stimmung, weniger Stress, tieferer Schlaf: \_\_\_\_\_

Andere: \_\_\_\_\_ Bitte angeben: \_\_\_\_\_

---

**WAS SIE ÜBER DIE GANZKÖRPERKÄLTETHERAPIE WISSEN MÜSSEN:**

**Die Ganzkörperkältetherapie ist eine kurzzeitige Exposition des gesamten Körpers gegenüber Temperaturen unter -110°C / -166°F. Eine Sitzung dauert höchstens 3 Minuten und ist nicht schmerzhaft. Die kalte Luft, die die Kryosauna füllt, ist trocken und fühlt sich viel besser an als kaltes Wasser. Dennoch empfindet der Körper die Kälte als Bedrohung für sein Überleben und aktiviert die stärksten Selbstschutzmechanismen, die er hat.**

**Die Wirkung der Ganzkörperkältetherapie beruht auf der Thermoregulation. Damit die Behandlung wirkt, müssen die Kälterezeptoren der Haut der umgebenden Kälte ausgesetzt sein. Aus diesem Grund dürfen Sie nur minimale Kleidung tragen, mit Ausnahme der vorgeschriebenen Schutzkleidung für die empfindlichsten Körperteile - Füße und Zehen, Fingerspitzen und Genitalien bei Männern.**

**Während der Exposition sinkt NUR die Temperatur der Hautoberfläche. Die Muskeltemperatur ändert sich nur minimal, während die Kern-/Körpertemperatur durch den Körper geschützt wird und intakt bleibt. Die Dauer der Exposition ist begrenzt, um sicherzustellen, dass alle Temperaturen, einschließlich der sinkenden Hauttemperatur, innerhalb sicherer Grenzen bleiben.**

**DIE Ganzkörperkältetherapie fördert die Blutzirkulation und führt zu einer verbesserten Sauerstoffversorgung der Muskeln und aller inneren Organe, zu einer Erhöhung des Antioxidantien-Spiegels im Plasma und zur Verringerung von Entzündungen, was zahlreiche gesundheitliche und kosmetische Vorteile mit sich bringt. Die Behandlung ist sicher und hat keine negativen Nebenwirkungen, sie kann jedoch bei den unten aufgeführten Erkrankungen zu Gesundheitsrisiken führen.**

### **Kontraindikationen für die Anwendung der Ganzkörperkältetherapie:**

Die Ganzkörperkältetherapie sollte aufgrund ihrer Wirkung auf den Kreislauf und des kurzfristigen Anstiegs des Blutdrucks während der Kälteexposition nicht von Personen mit schwerem, unbehandeltem Bluthochdruck (Blutdruck > 160/100), kürzlich erlittenem Herzinfarkt, schweren Herzrhythmusstörungen und einem Herzschrittmacher, der diese unter Kontrolle hält, Angina pectoris (ischämischer Brustschmerz), peripherer arterieller Verschlusskrankheit, schwerer Anämie, tiefer Venenthrombose oder anderen Erkrankungen, die zu Blutgerinnung führen, angewendet werden.

Sie kann auch das Risiko von Schwangerschaftskomplikationen mit sich bringen, insbesondere in den letzten beiden Trimestern, und ist kontraindiziert für Personen, die an Epilepsie oder Kälte-Allergien leiden, sowie bei Krebs oder akuten Infektionen, die sich durch die Verbesserung des Blutflusses ausbreiten können.

Die Ganzkörperkältetherapie ist eine Behandlung, die mit einem thermischen Schock für den Körper verbunden ist. Daher sollten bei Unwohlsein (Schwindel, Müdigkeit, Übelkeit, Orientierungslosigkeit) oder bei Symptomen wie Fieber, verstopfter Nase, Husten oder Ausschlag jeglicher Art keine Sitzungen geplant werden.

### **Risiken der Ganzkörperkryotherapie:**

Es wird dringend empfohlen, dass Menschen mit IRGEND EINEM schweren oder chronischen Gesundheitszustand ihren Arzt konsultieren, bevor sie sich für die Ganzkörperkältetherapie anmelden. Es ist zu beachten, dass bestimmte verschreibungspflichtige Medikamente die Art und Weise verändern können, wie der Körper auf Kälte reagiert, und dass Veränderungen im Blutkreislauf eine Anpassung der Dosis erfordern können.

Das Raynaud-Syndrom und Klaustrophobie sind ebenfalls als riskant zu betrachten und erfordern besondere Vorsicht, da sich die Symptome verschlimmern können.

## **Sicherheitsanforderungen für die Ganzkörperkryotherapie:**

1. Schutz der Körperteile mit den meisten Nervenenden - Zehen, Fingerspitzen, Genitalien bei Männern. Jeder Kunde muss Baumwoll- oder Wollsocken und Handschuhe tragen. Wenn keine Handschuhe getragen werden, müssen die Hände am oberen Rand der Kryosauna platziert werden und während der gesamten Sitzung für den Bediener sichtbar bleiben. Unterwäsche ist für Männer erforderlich und für Frauen optional.
2. Die Haut muss von allen Cremes, Lotionen oder Ölen befreit werden, und die gesamte Schutzkleidung muss vollständig trocken sein, um Erfrierungen und nachfolgende Erfrierungen zu vermeiden.
3. Eine abnorme Kälteempfindlichkeit der Haut kann durch bestimmte Lebensmittel, Kosmetika, kosmetische Verfahren oder Medikamente verursacht werden. Sie müssen alle verschreibungspflichtigen Medikamente angeben, die Sie einnehmen, und den Bediener darüber informieren, wenn Sie gerade Körperteile rasiert haben, sich einer Haarentfernung mit Wachs oder Laser oder einem anderen Verfahren unterzogen haben, das die Haut sensibilisiert. Andernfalls kann es zu Hautschäden kommen.
4. Alle metallischen Gegenstände, die die Körperoberfläche im Behandlungsbereich vom Hals abwärts berühren, müssen vor der Behandlung entfernt werden.
5. Während der Behandlung müssen Sie alle Anweisungen des Bedieners befolgen, einschließlich der, die Wände der Kryosauna nicht zu berühren, sich während der Behandlung zu drehen und das Einatmen von Stickstoffdampf zu vermeiden. Der Dampf ist natürlich und sicher, enthält jedoch keinen Sauerstoff und kann zu Ohnmacht führen.
6. Die Dauer der Behandlung ist durch das verwendete Gerät auf 3 Minuten begrenzt. Während der Exposition können Sie darum bitten, die Behandlung vorzeitig zu beenden, wenn Sie sich unwohl oder ängstlich fühlen. Sie MÜSSEN den Bediener sofort informieren, wenn Sie plötzliche Schmerzen, ein brennendes Gefühl in einem Teil des Körpers, Schwindel oder andere Symptome von Unwohlsein verspüren.
7. Personen unter 18 Jahren dürfen die Ganzkörperkältetherapie nur mit schriftlicher Zustimmung der Eltern anwenden.

## **HAFTUNGSVERZICHT UND HAFTUNGSFREISTELLUNGSVEREINBARUNG**

In Anbetracht der Inanspruchnahme der Ganzkörperkryotherapie und durch Ausfüllen und Unterschreiben dieses Formulars erkenne ich Folgendes an:

Ich habe wahrheitsgemäß Angaben zu meinem aktuellen Gesundheitszustand sowie zu früheren gesundheitsbezogenen Ereignissen gemacht, einschließlich, aber nicht beschränkt auf größere Operationen, Herzinfarkte, Schlaganfälle, Krampfanfälle, plötzlichen Bewusstseinsverlust oder Krebsbehandlungen.

Mir ist bekannt, dass Ganzkörperkryotherapie, obwohl sie bestimmte gesundheitliche Vorteile haben kann, keine medizinische Behandlung ist und keinen Gesundheitszustand heilt oder kuriert. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass diese Behandlung Kontraindikationen hat und dass ich sie NUR anwenden sollte, wenn ich entweder die damit verbundenen Risiken nicht trage oder diese Risiken mit meinem Arzt besprochen und dessen Zustimmung eingeholt habe.

Ich erkenne an, dass es wichtig ist, meinen Kryotherapie-Anbieter über neue Diagnosen, medizinische Behandlungen oder Medikamente, die mir verschrieben werden, zu informieren, da sie die Wirksamkeit und/oder Sicherheit der Behandlung beeinträchtigen können. Ich erkläre mich damit einverstanden, meinen Kryotherapie-Anbieter zu konsultieren und dessen Ratschläge bezüglich einer eventuellen vorübergehenden Unterbrechung der Behandlung im Falle von blutenden Wunden, Verbrennungen, Schnittwunden, Verstauchungen, verrenkten Gelenken oder Allergie-Ausbrüchen zu befolgen.

Ich bin mir bewusst, dass ich meine Termine verschieben muss, wenn ich mich krank fühle und Symptome wie Fieber, Verstopfung, Husten, Kurzatmigkeit, Brustschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Hautausschlag oder eine akute Infektion jeglicher Art habe. Die Bedingungen für die Stornierung von Dienstleistungen und die Verfallsdaten von Paketen gelten weiterhin.

Ich verpflichte mich, alle sicherheits- und sonstigen verhaltens- und behandlungsbezogenen Anweisungen, die mir vom Behandler gegeben werden, unverzüglich zu befolgen, und übernehme die Verantwortung dafür, meinen Behandler unverzüglich zu informieren, wenn ich mich unwohl fühle oder unerwünschte Wirkungen der Behandlung, der ich mich unterziehe, erfahre, da dies ein Hinweis auf die Notwendigkeit sein kann, die Dienstleistung abzubrechen.

Ich bestätige, dass ich über mögliche unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen oder andere Komplikationen, die sich aus der Nichtanzeige von Risiken oder der Nichtbefolgung von Anweisungen ergeben können, informiert worden bin und diese verstanden habe. Daher übernehme ich freiwillig die volle Verantwortung für die Inanspruchnahme der Ganzkörperkryotherapie und erkläre mich damit einverstanden, meinen Behandlung-Anbieter als juristische Person sowie dessen Eigentümer, leitende Angestellte und Mitarbeiter von allen gesundheitlichen Folgen und damit verbundenen Kosten freizustellen, die durch die Inanspruchnahme dieser Dienstleistung entstehen können.

Ich erkenne auch an, dass mir in Bezug auf Ganzkörperkryotherapie-Behandlungen keine Garantie oder Gewährleistung für bestimmte Ergebnisse gegeben wurde. Mir ist bewusst, dass jedes Ergebnis nicht nur durch die Behandlungen, sondern auch durch eine Kombination

von Ernährung, Lebensstil und zahlreichen anderen Faktoren erzielt wird, die außerhalb der Kontrolle meines Behandlers liegen.

MIT MEINER UNTERSCHRIFT ERKENNE ICH AN, dass ich diese Haftungsverzichts- und Haftungsfreistellungsvereinbarung gelesen und verstanden habe, dass ich zum Zeitpunkt meiner Unterschrift mindestens achtzehn (18) Jahre alt und voll geschäftsfähig bin und dass ich damit einverstanden bin, an diese Vereinbarung in vollem Umfang gebunden zu sein.

Ich erkläre mich damit einverstanden, alle Anweisungen bezüglich der Benutzung der Kryosauna zu befolgen, und ich unterziehe mich auf eigenes Risiko einer Ganzkörperkryotherapie.

---

Name (gedruckt)

---

Unterschrift

---

Datum