

ANMELDEBOGEN FÜR EISBAD & ATMUNG

PERSÖNLICHE ANGABEN:

Vorname, Name:Geb.-Datum:

Adresse:

Email:

Telefon/Mobil:

Gesetzliche Krankenversicherung: Private Krankenversicherung:

HAST ODER HATTEST DU EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN?

JA / NEIN

- | | |
|--|---|
| ➤ Herz-/ Kreislaufkrankheiten (Herzinfarkt, Angina Pectoris), Bluthochdruck >160 mmHg) | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Histaminose | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Raynaud Syndrom Typ I oder Typ II | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Epilepsie | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Schweres Asthma oder andere chronische Atemwegserkrankungen | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Kürzlich durchgeführte Operationen | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Mentale Erkrankungen (Panikattacken, Depression, Psychose, etc.) | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Autoimmunerkrankungen (Diabetes, Rheuma, Schilddrüsenerkrankungen, etc.) | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |
| ➤ Allergien: | <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> |

Falls sich an meinem o.g. Gesundheitszustand etwas ändert, werde ich dies schriftlich mitteilen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG UND HAFTUNGSAUSSCHLUSS:

Meine Teilnahme an der Eisbad- und Atemtherapie erfolgt freiwillig, auf eigene Gefahr und eigenes Risiko. Ich verzichte hiermit ausdrücklich auf sämtliche Ansprüche (gleich welcher Art) aus Schadensfällen, Verletzungen oder Folgeschädigungen, die im Zusammenhang mit meiner Teilnahme sowie mit dem Training der erlernten Methoden eintreten könnten.

Ich leide derzeit nicht an folgenden Kontraindikationen (Bluthochdruck >160 mmHg, Epilepsie, Kälteurtikaria, Raynaud Syndrom Typ II, Schwangerschaft). Für gesundheitliche Risiken (auch solche, die mir aktuell nicht bekannt sind) übernehme ich die Verantwortung. Jede plötzliche Befindlichkeitsänderung während der Teilnahme wie Übelkeit, Schwindel, Schmerz, Herzrasen oder Ähnliches werde ich sofort mitteilen und ggfs. die Teilnahme abbrechen.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Daten gemäß der in der Praxis einsehbaren Datenschutzbedingungen ein.

Ich habe diese Einwilligungserklärung und diesen Haftungsausschluss vollständig gelesen und verstanden.

.....
Datum, Ort

.....
Unterschrift

Notfallkontakt (Name & Telefon):