



**FIT UND GESUND -160°C**

## Persönlicher Aufklärungsbogen „Kältetherapie“ Seite 1 -3

Datum:

Zeit:

Name:

Straße:

PLZ und Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-mail:

Geburtstag:

Geschlecht:

Größe:

Gewicht:

Auf Empfehlung von:

Nehmen Sie zurzeit Medikamente, wenn ja welche?

Befinden Sie sich zurzeit in der Behandlung eines Arztes oder Heilpraktikers, wenn ja aus welchen Grund?

Haben Sie eine Indikation zur Kältetherapie durch den Arzt, wenn ja welche?

Ziel der Anwendung aus Ihrer Sicht?

## Kontraindikationen

Wenn Sie eine Erkrankung oder Risiken aufweisen, ist eine Anwendung zu Vermeiden:

Ja Nein

Morbus Ranyaud (erkennbar u.a. an häufigen Weißerden der Finger) Akrozyanose, Gefäßentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechter Allgemeinzustand, Erkältung, Husten, Fieber oder andere Infektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt oder andere Herzerkrankungen wie Herzinsuffizienz, KHK, Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magersucht (Anorexia nervosa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoher, nicht eingestellter Blutdruck (>160 mmHg) oder zu niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zehrende Erkrankung: Tuberkulose ua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall (Apoplex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fallsucht (Epelepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteallergie (Kälte-Urtikaria) Kälteasthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Einwilligungserklärung

Ich habe den Aufklärungsbogen gelesen, verstanden und willige in die Ganzkörperkältetherapie ein. Alle meine Fragen sind ausreichend beantwortet worden. Ich fühle mich umfassend aufgeklärt. Trotz sorgfältiger Behandlung weiß ich, dass es zu oben genannten Risiken / Nebenwirkungen kommen und ein zufriedenstellendes Behandlungsergebnis nicht garantiert werden kann. Über meinen Gesundheitszustand habe ich den Behandler ausreichend informiert und die Empfehlung oder Einschränkung bezüglich einer Ganzkörperkältetherapie, die mir mein Arzt oder Therapeut genannt hat, weitervermittelt. Die Rechtlichen Hinweise auf der Webseite „Cryo-Box.de“ habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert. Insbesondere, dass **Termine, die nicht spätestens 24 Stunden im Voraus abgesagt wurden, werden in voller Höhe in Rechnung gestellt.**

Datum

Unterschrift des Klienten

---

## Aufklärungsbogen - Wirkungsweise

Die Ganzkörperkältetherapie ist ein schonendes Ganzkörperkälteverfahren. Durch die bis zu 3 minütige Kälteanwendung von bis zu  $-160^{\circ}\text{C}$  kommt es zu einer vermehrten Ausschüttung von Botenstoffen (Hormonen, Endorphinen, etc.) sowie zu einer Aktivierung des Kreislaufs und des Stoffwechsels. Dadurch wird auch die Sauerstoffanreicherung in den Zellen verstärkt. Der Effekt der Anwendung ist sofort spürbar und kann bis zu 4 bis 6 Stunden anhalten. Generell empfiehlt sich eine mehrfache Anwendung, um ein langfristigeres Ergebnis zu erzielen.

## Mögliche Nebenwirkungen

Da es sich um eine recht trockene Kälte handelt, wird trotz dieser extrem niedrigen Temperaturen die Kälte für gewöhnlich nicht als unangenehm empfunden. Sensible Haut kann jedoch mit kurzer Rötung reagieren und es kann in seltenen Fällen ein kurzzeitiger Hustenreiz auftreten. Beides bildet sich aber zeitnah zurück.

Erkrankungen, die aufgrund einer Gefäßeenge bestehen, wie Herzinfarkt, KHK, Durchblutungsstörung an Füßen oder Händen, können aufgrund der vasokonstriktiven Wirkung (Zusammenziehen von Gefäßen) durch die Ganzkörperkältetherapie verstärkt werden. Diese Personen sind leider von einer Anwendung ausgeschlossen.

Aufgrund des massiven Kalorienverbrauchs von bis zu 700 kcal ist bei Diabetikern mit Neigung zur Unterzuckerung Vorsicht geboten. Kinder unter 12 Jahren sind von einer Anwendung ausgeschlossen und Minderjährige ab 12 Jahren dürfen nur mit Einwilligung der Erziehungsberechtigten die Ganzkörperkältetherapie nutzen. Die Mindestgröße beträgt 1,55 Meter.

## Allgemeine Hinweise

Bringen Sie bitte zu Ihrer ersten Sitzung den ausgefüllten Aufklärungsbogen mit. Offene Fragen klären wir vor der ersten Behandlung in einem Einführungsgespräch. Zur Behandlung selber bringen Sie bitte **Strümpfe** als Kälteschutz mit. Bei sensibler Haut können auch Strümpfe, die bis über die Knie gehen, getragen werden. Ihre Haut und Ihre Haare sollten trocken sein.

## Behandlungsablauf

Nachdem alle Fragen geklärt sind entkleiden Sie sich bis auf Ihre Unterwäsche. Schmuck legen Sie bitte komplett ab - ggf. auch entsprechende Piercings die nicht durch Wäsche bedeckt sind. Besonders kälteempfindliche Zonen können zusätzlich mit Baumwollwäsche bedeckt werden. Anschließend betreten Sie die CRYO-BOX. Wir positionieren Sie so, dass Ihr Kopf über den Rand der CRYO-BOX schaut und ein Blickkontakt zum Behandler aufrecht gehalten werden kann. Wichtig: Sie können selber jederzeit die Anwendung sofort abbrechen indem Sie einfach die Türe aufdrücken. In der CRYO-BOX verbringen Sie maximal bis zu 3 Minuten. Vermeiden Sie zu lange Berührungen der CRYO-BOX - Innenwände. Keinesfalls untertauchen und Einatmen.

Nach der Behandlung ziehen Sie sich wieder an und werden höchstwahrscheinlich schon die einsetzende Wirkung spüren. Der positive Effekt hält noch einige Stunden nach der Behandlung an. Durch regelmäßige Anwendungen wird Ihre Ganzkörperkältetherapie verstärkt.