

FRAGEBOGEN und EINVESTÄNDNISERKLÄRUNG zur BECKENBODEN BEHANDLUNG

Name: _____ Vorname: _____
Geb.-Datum: _____ Tel.: _____
Adresse: _____
E-Mail: _____

INJOY Mitglied JA NEIN männlich weiblich

NICHT in Hosentasche: Handy, Kreditkarten, KeyChip, Münzen / Injoy Check In Band, Hörgeräte WEGLEGEN!

KONTRAINDIKATIONEN:

SCHWANGERSCHAFT (ab 6 Monate nach der Geburt BB Stuhl ok) / STILLEND	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
EPILEPSIE	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
KREBSERKRANKUNG - BÖSARTIGE Tumore	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
KÜRZLICH erfolgte OPERATIONEN (innerh. 8 Wochen, keine offene Wunde)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
HERZERKRANKUNGEN wie:	
Herzschrittmacher, Herzrhythmusstörung, Herzinfarkt, schwaches Herz, Defibrillator	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
HÜFTIMPLANTAT (aus Titan ok)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
KNIEGELENKSPROTHESEN (bis 10 cm über Kniegelenk ok)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
SPIRALE Kupfer/Gold (Hormonspiralen müssen am Ende auf ihre Position kontrolliert werden)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
SCHRAUBEN, NÄGEL, BOHRDRÄHTE und ähnliches (LWS, Becken)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Metallhaltige Tätowierungen / Itim Piercing/ Kleidung (Menstruationsunterwäsche)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
BLASENSCHRITTMACHER	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
METALLCLIPS im kleinen Becken (zB: Eileiter, Metall-Uterusring)	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
NEUROSTIMULATOR	JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI:

Menstruation	Schlaganfall
Schmerzhafte Hämorrhoiden	Blutverdünnende Medikamente
Akuter Harnwegsinfekt, Vaginitis	Cochlea-Implantat
Fieberhafte Infektion	Uterusmyome > 2 cm

Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung aufgeklärt und möchte das Training durchführen. Ich habe diese Indikationsliste verstanden und persönlich ausgefüllt. Ich habe keine Kontraindikationen. Das Beckenboden-Training ist eine eigenverantwortlich durchgeführte Trainingsanwendung und ersetzt weder eine diagnostische Abklärung noch eine Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten. Das Studio übernimmt hier keine Haftung für etwaige Folgeschäden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich körperliche und/oder psychische Erkrankungen vor Aufnahme des Trainings mitgeteilt habe. Ich verstehe, dass eine Garantie für den zu erwarteten Erfolg aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden kann.

Eferding, _____ Eferding, _____
Unterschrift Kunde Unterschrift Injoy, SWC Eferding GmbH