

# Untersuchungsfragebogen

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen der richtigen Antwort.

<b>Name :</b>	Ja	Nein
Werden Sie zu diesem Zeitpunkt ärztlich behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Atemproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Metallgegenstände in Ihrem Körper?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde Ihnen ein elektronisches Gerät in Ihren Körper implantiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchblutungsstörungen in Ihren Beinen oder Arme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem Herzleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie in den letzten drei Jahren operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes oder an einer anderen Stoffwechselkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einem offenen Beingschwür?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie zurzeit oder haben Sie in der Vergangenheit an einer Thrombose gelitten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine bekannte tiefe Venenthrombose oder Thrombophlebitis oder besteht ein Verdacht darauf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Dermatitis, infizierte Wunden, Wundbrand, ernste Hautentzündungen oder wurden in letzter Zeit Hauttransplantationen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie in einem ihrer Körperteile an Schmerzen oder Taubheitsgefühl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an schwerer Arteriosklerose oder anderen ischämischen Gefäßkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie an einer unausgeglichene Herzinsuffizienz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn die Antwort auf eine oder mehrere Fragen JA lautet, empfehlen wir Ihnen von Ihrem Arzt eine Genehmigung einzuholen.

Ich bestätige hiermit, dass ich die oben aufgeführten Fragen wahrheitsgemäß und nach bestem Wissen beantwortet habe und ich überprüft habe, dass ich an keiner der Gegenanzeigen leide, die gegen die Benutzung von Wellmaxx bodystyle sprechen. Falls sich mein Zustand ändern sollte, werde ich unverzüglich den Betreiber des Wellmaxx bodystyle-Gerätes darüber informieren. Ich bestätige hiermit, dass ich auf eigenes Risiko behandelt werde.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_