



ANAMNESEBOGEN ZUR GANZKÖRPER- KÄLTEANWENDUNG

Name, Nachname:

Datum:

Erster Termin Datum:

ReCheck Datum:

Mitarbeiter/Coach zellsius cryozone Team:

Check Blutdruckwerte vor der Kryo:

Systolisch

mmHg

Diastolisch

mmHg

Ruhepuls

Schläge/min

DEINE KÄLTE. DEINE SICHERHEIT.

Anamnesebogen zur Ganzkörper-Kälteanwendung. Bitte markiere JA, NEIN oder ?. Ein JA/? ist kein automatischer Ausschluss – wir schauen gemeinsam genauer hin.

1 DEINE ANGABEN

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

DATUM

2 WIE GEHT ES DIR HEUTE?

	JA	NEIN	?
Fühlst du dich heute gesund und belastbar?	☐	☐	☐
Hast du Fieber, einen akuten Infekt oder neue Atemwegsbeschwerden?	☐	☐	☐
Hast du heute Brustschmerz, Atemnot, starken Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit oder Schwäche?	☐	☐	☐
Bist du dehydriert, stark erschöpft, unterkühlt oder ungewöhnlich verschwitzt?	☐	☐	☐
Stehst du unter Alkohol, Drogen oder beeinträchtigenden Medikamenten?	☐	☐	☐
Gab es neue Diagnosen, Eingriffe oder Änderungen deiner Medikamente?	☐	☐	☐

3 HERZ & KREISLAUF

	JA	NEIN	?
Unbehandelter, instabiler oder schlecht eingestellter Blutdruck?	☐	☐	☐
Koronare Herzkrankheit, Angina, Herzinfarkt, Herzmuskel-/Herzklappen- oder Herzschwäche?	☐	☐	☐
Schwere Herzrhythmusstörung, Herzschrittmacher, Defibrillator oder Neurostimulator?	☐	☐	☐
pAVK, Raynaud-Syndrom, Vaskulitis oder andere relevante Durchblutungsstörung?	☐	☐	☐
Thrombose, Lungenembolie, Schlaganfall/TIA oder Hirnblutung – aktuell oder in der Vorgeschichte?	☐	☐	☐

4 KÄLTE, HAUT & BLUT

	JA	NEIN	?
Kälteallergie/-urtikaria, Kälteagglutinine, Kryoglobulinämie oder starke Kälteunverträglichkeit?	☐	☐	☐
Offene Wunden, akute Hautinfektion/-entzündung, Geschwür, frische Narbe oder Wundheilungsstörung?	☐	☐	☐
Schwere Anämie, Blutungs-/Gerinnungsstörung oder ausgeprägter Blutplättchenmangel?	☐	☐	☐
Starkes Schwitzen/Hyperhidrose oder aktuell feuchte Haut/Haare?	☐	☐	☐

5 ATMUNG, NERVEN & STOFFWECHSEL

	JA	NEIN	?
Asthma – besonders kältebedingt –, COPD, Tuberkulose oder relevante Atem-/Lungenerkrankung?	☐	☐	☐
Epilepsie/Anfälle, Polyneuropathie, vermindertes Kälteempfinden oder Störung des autonomen Nervensystems?	☐	☐	☐
Chronische Migräne, Schlaganfallfolgen, Glaukom oder schwere neurologische Erkrankung?	☐	☐	☐
Typ-1-Diabetes, instabiler Diabetes, Unterzuckerungsneigung oder diabetische Gefäß-/Nervenschäden?	☐	☐	☐
Akute/fortgeschrittene Nieren- oder Harnwegserkrankung?	☐	☐	☐
Unbehandelte/schwere Schilddrüsen- oder Nebennierenerkrankung?	☐	☐	☐

6 WEITERE SICHERHEIT

	JA	NEIN	?
Bist du schwanger oder könnte eine Schwangerschaft bestehen?	☐	☐	☐
Läuft aktuell eine Krebsbehandlung oder besteht eine unbehandelte/fortschreitende Krebserkrankung?	☐	☐	☐
Starke Angst in geschlossenen Räumen, akute schwere psychische Krise oder Schwierigkeit, Anweisungen sicher zu folgen?	☐	☐	☐
Starkes Untergewicht/Mangelernährung, unsicherer Stand, Sturzrisiko oder kannst du nicht selbstständig stehen/gehen?	☐	☐	☐
Bist du unter 18 oder über 80 Jahre alt?	☐	☐	☐



EIN JA IST KEIN NEIN

Wir prüfen gemeinsam, ob eine ärztliche Freigabe sinnvoll ist.



BITTE FRAG NACH

Wenn du unsicher bist, ist deine Frage genau richtig.

DEINE KÄLTE. DEIN GUTES GEFÜHL.

Deine Ziele, dein Sicherheitsempfinden und deine Rückmeldung zählen. Du kannst die Anwendung jederzeit unterbrechen oder beenden.

7 WAS MÖCHTEST DU HEUTE ERREICHEN?

- ☐ Regeneration nach Sport oder Belastung
- ☐ Weniger Muskel-/Gelenkbeschwerden oder Steifigkeit
- ☐ Entspannung und weniger Stress
- ☐ Schlaf und allgemeines Wohlbefinden unterstützen
- ☐ Energie, Fokus oder Stimmung positiv begleiten
- ☐ Etwas anderes:

DEIN PERSÖNLICHES ZIEL

8 DEIN STARTPUNKT

ENERGIE - 0 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

ANSPANNUNG/STRESS - 0 (gar nicht) bis 10 (sehr stark)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

BESCHWERDEN/SCHMERZ - 0 (keine) bis 10 (sehr stark)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

WAS SOLLTEN WIR HEUTE BESONDERS WISSEN?

9 BEREIT FÜR DIE ANWENDUNG

- ☐ Meine Haut und Haare sind trocken; ich habe keine Creme, kein Öl oder Gel aufgetragen.
- ☐ Ich entferne Schmuck, Piercings, Brille/Kontaktlinsen und ungeeignete Metall-/Elektronikteile nach Anweisung.
- ☐ Ich trage die bereitgestellte Schutzkleidung korrekt und befolge die Einweisung.
- ☐ Ich melde Unwohlsein sofort und weiß: Ich kann jederzeit stoppen.

10 AUFKLÄRUNG & EINVERSTÄNDNIS

FREUNDLICH INFORMIERT

Ich wurde verständlich über Ablauf, Sicherheitsregeln und mögliche Reaktionen informiert. Dazu können insbesondere intensives Kältegefühl, Hautrötung, Kribbeln, vorübergehende Taubheit, Kopfschmerz, Schwindel, Blutdruckreaktionen oder länger anhaltendes Frösteln gehören; selten sind stärkere Haut-/Kältereaktionen möglich. Ein bestimmter Erfolg wird nicht versprochen. Die Anwendung ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung. Ich konnte Fragen stellen, fühle mich ausreichend informiert und willige freiwillig in die Ganzkörper-Kälteanwendung ein.

- ☐ Ich stimme der Anwendung nach der persönlichen Sicherheitsprüfung zu.

11 DEINE MITWIRKUNG & HAFTUNG

GEMEINSAM SICHER

Ich bestätige, dass meine Angaben vollständig und richtig sind. Veränderungen teile ich vor jeder Anwendung mit und befolge die Sicherheitsanweisungen. Für Nachteile, die ausschließlich aus vorsätzlich oder fahrlässig falschen/unvollständigen Angaben oder aus der Missachtung klarer Sicherheitsanweisungen entstehen, trage ich im gesetzlich zulässigen Umfang die Verantwortung. Die Haftung des Anbieters richtet sich im Übrigen nach den gesetzlichen Vorschriften; Ansprüche wegen Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit sowie wegen Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit bleiben unberührt.

12 DATENSCHUTZ & UNTERSCHRIFT

- ☐ Ich willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zur Sicherheitsprüfung, Durchführung und Dokumentation ein (Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO). Widerruf ist jederzeit für die Zukunft möglich. Ohne die erforderlichen Angaben kann die Anwendung nicht sicher erfolgen. Die separaten Datenschutzhinweise nach Art. 13 DSGVO habe ich erhalten.

ORT, DATUM

UNTERSCHRIFT KUNDIN/KUNDE

NUR FÜR DAS TEAM · SICHERHEITSPRÜFUNG

RR: ____ / ____ mmHg Puls: ____ /min Hauttemp.: ____ °C Haut trocken: ☐ ja ☐ nein

Entscheidung: ☐ freigegeben ☐ Rücksprache/ärztliche Freigabe nötig ☐ heute nicht durchführen

Besonderheiten: _____ Name/Kürzel/Unterschrift: _____



DEIN SIGNAL ZÄHLT

Unwohlsein sofort sagen – stoppen ist jederzeit möglich.



GUT VORBEREITET

Sicherheit schafft Vertrauen. Du bist es wert!