

TOBIAS OHMEN

reconnection

Tobias Ohmen - Heilpraktiker
Chiropraktiker
Hypnosetherapeut

Regentenstraße 45a
41061 Mönchengladbach

Telefon 02161-8274647
Email info@tobiasohmen.de

www.tobiasohmen.de

Anamnesebogen Cold & Breath

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ geboren: ___ / ___ / ___

Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon (geschäftlich): _____ Telefon(privat): _____

Mobiltelefon: _____ Email: _____

Krankenversicherung

Selbstzahler

Privatversicherung bei _____ Beihilfe Ja Nein

Zusatzversicherung für Heilpraktiker bei _____

Gesundheitsangaben

Hast oder hattest Du eine der folgenden Erkrankungen?

Ja Nein

Herz-/ Kreislauferkrankungen (Herzinfarkt, Angina Pectoris)

Bluthochdruck >160mmHg

Raynaud Syndrom Typ I oder Typ II / Kälteallergie

Epilepsie

Schweres Asthma oder andere chronische Atemwegserkrankungen

Autoimmunerkrankungen, wie z.B. Diabetes, Rheuma, Hashimoto, usw.

Histaminose

Psychische Erkrankungen, wie z.B. Depressionen, Psychosen, Panikattacken

Migräne

Kürzlich durchgeführte Operationen: _____

Allergien: _____

Sonstige Erkrankungen: _____

Fühlst du dich derzeit gesund?

O ja O nein, ich leide unter folgenden Symptomen: _____

Allgemeines

	Ja	Nein
Hast Du Unter- oder Übergewicht (BMI <18 oder >30)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Machst Du Ausdauertraining?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehst Du regelmäßig in die Sauna?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast du schon einmal ein Eisbad genommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hast Du Erfahrungen gemacht mit Atemtechniken/ Breathwork?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bist Du schwanger oder möchtest Du schwanger werden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gibt es noch etwas, dass ich wissen sollte? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls sich an meinem o.g. Gesundheitszustand bis zur Teilnahme etwas ändert, werde ich dies unverzüglich 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/ Praktizieren der erlernten Methoden eintreten können.

Ich leide derzeit nicht an folgenden Kontraindikationen (Bluthochdruck >160mmHg, Epilepsie, Kälteurtikaria, Raynaud Syndrom Typ II, Schwangerschaft). Ich versichere, dass mein körperlicher und geistiger Zustand eine sichere Teilnahme ermöglicht. Für gesundheitliche Risiken (auch solche, die mir aktuell nicht bekannt sind) übernehme ich die Verantwortung. Jede plötzliche Befindlichkeitsänderung während der Teilnahme wie Übelkeit, Schwindel, Schmerzen, Herzsagen oder Ähnliches werden ich sofort mitteilen und ggfs. die Teilnahme abbrechen.

Hiermit willige ich in die Verarbeitung meiner Daten gemäß der in der Praxis RECONNECTION Tobias Ohmen einsehbaren Datenschutzbestimmungen ein.

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

Ort/ Datum

Unterschrift

Notfallkontakt (Name & Mobilnummer): _____