

FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND
 IM RAHMEN DER NOVAFON BEHANDLUNG

Hiermit bestätige ich, _____, dass ich über die unten stehenden Informationen zu Gegenanzeigen und Nebenwirkungen der NOVAFON Behandlung aufgeklärt wurde, diese verstanden und wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Treffen folgende Punkte auf Sie zu? Bitte kreuzen Sie an:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Offene Wunden/Ekzeme betroffene Körperregion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Arteriosklerose betroffene Körperregion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktuelle Episoden von Epilepsie Zeitpunkt der letzten Episode: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Aktuelle Episoden entzündungsbedingter Krankheiten Art der Krankheit und letzter Schub: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <hr/> | | |
| Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Implantate betroffene Körperregion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Thrombose betroffene Körperregion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hirnschrittmacher/Tiefe Hirnstimulation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Tumoren, kanzerös und nicht kanzerös | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Akuten entzündlichen Stellen betroffene Körperregion: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Eine Behandlung kann nur empfohlen werden, wenn Sie alle oben stehenden Angaben mit „nein“ beantwortet haben. Der Ursprung vorliegender Schwellungen oder Entzündungen sollte vor Behandlung medizinisch/therapeutisch abgeklärt werden.

Bitte beachten Sie, dass es in seltenen Fällen zu folgenden Nebenwirkungen kommen kann: Schmerzverstärkung/unangenehme Empfindung, Unwohlsein/Schwindel, Hautirritationen, Reflex/ungewollte Muskelkontraktionen.

FRAGEBOGEN ZUM GESUNDHEITZUSTAND
IM RAHMEN DER NOVAFON BEHANDLUNG

Die Behandlung ist unverzüglich abubrechen, sollte sich eine dieser Nebenwirkungen einstellen. Bitte beachten Sie, dass eine leichte Hautrötung und -erwärmung keinen Grund zur Besorgnis darstellt. Dies ist ein gewünschter Effekt der Lokalen Vibrationstherapie, der durch eine erhöhte Durchblutung entsteht.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass keine der oben genannten/aufgeführten Kontraindikationen vorliegt. Falls eine Kontraindikation vorliegt, willige ich wissentlich in die Behandlung ein.

Unterschrift Patient /Vormund

Ort, Datum

Unterschrift Therapeut

Name der Einrichtung /Praxis