



ANAMNESEBOGEN

für Ihr Wohlbefinden

Termin am _____ Termin Uhrzeit _____

Vorname _____ Nachname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht m w d

Anschrift _____

Körpergewicht _____ Körpergröße _____

Zimmernummer _____

HAUTTYP

- TYP I: sehr helle Haut, schnelle Neigung zu Sonnenbrand, keine Bräunung
- TYP II: helle Haut, mit Neigung zu Sonnenbrand, seltene Bräunung
- TYP III: medium bis olive Haut, wenig Neigung zu Sonnenbrand, leichte Bräunung
- TYP IV: olive Haut, selten Sonnenbrand, moderate Bräunung
- TYP V: gebräunte Haut, sehr selten Sonnenbrand, schnelle Bräunung
- TYP VI: sehr dunkle, stark pigmentierte Haut, keine Neigung zu Sonnenbrand, sehr schnelle Bräunung

SCHLAF & STRESS

Wie ist ihr aktuelles Schlafverhalten?

- sehr gut
- gut
- eher schlecht
- schlecht

Fühlen Sie sich momentan gestresst?

- nein
- manchmal
- oft
- ständig

BEWEGUNG

Treiben Sie Sport?

- nein
- 1 x pro Woche
- 2-3 x pro Woche
- mehr als 4 x pro Woche



WORAUF LIEGT IHR FOKUS, WAS MÖCHTEN SIE VERBESSERN?

Gesundheit

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hauterkrankung | <input type="checkbox"/> Gelenkentzündungen | <input type="checkbox"/> Stärkung Herz-Kreislauf-System |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Akute Schmerzen (allgemein) | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Vitalität |
| <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Stärkung Immunsystem | |
| <input type="checkbox"/> Depression/Angststörung | <input type="checkbox"/> Tinnitus | |

Sport & Fitness

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sportverletzung | <input type="checkbox"/> Leistungssteigerung | <input type="checkbox"/> Diätunterstützung |
| <input type="checkbox"/> Regeneration | <input type="checkbox"/> Motivationsunterstützung | |

Beauty & Wellness

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diätunterstützung | <input type="checkbox"/> Stimmungsaufhellung | <input type="checkbox"/> Verbesserung der Vitalität |
| <input type="checkbox"/> Anti-Aging | <input type="checkbox"/> Stärkung des Bindegewebes | |

FRAGEN ZUR IHREN GESUNDHEITSBEDINGUNGEN

Gesundheit

	Ja	Nein
Haben Sie derzeit akute Entzündungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie derzeit Schmerzen oder allgemeine Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie derzeit eine akute oder chronische Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie akute Infekte der oberen Atemwege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter übermäßigem Schwitzen auf der Haut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Durchblutungs- oder Gefühlsstörungen in Armen oder Beinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Hautprobleme oder frische Narben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikamente & Implantate

	Ja	Nein
Haben Sie einen Herzschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige Implantate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie kürzlich Betäubungsmittel eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tragen Sie derzeit Piercings?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



HABEN SIE DERZEIT AKUTE ODER CHRONISCHE KRANKHEITEN?

Krankheiten	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose (Bein-Venenthrombose, Beckenthrombose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfanfälle/Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Venenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauchwand- oder Leistenhernie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankung der Leber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starke Blutungsneigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberkulose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Atemwegserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere neurologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tumorerkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere arterielle Durchblutungsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kälteallergie/Kälteempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

HABEN SIE FRAGEN MIT JA BEANTWORTET?

Bitte wenden Sie sich in diesem Fall an unsere Spa-Rezeption, um die Behandlung genauer abzustimmen.

MÖCHTEN SIE NOCH ANMERKUNGEN MACHEN?



ALLGEMEINE GESCHÄFTSBEDINGUNGEN

Bevor Sie die Dienstleistungen von Art of Cryo in Anspruch nehmen können, bitten wir Sie, unsere AGB zu akzeptieren.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis zu allen angebotenen Dienstleistungen von ARTOFCRYO Exhibition. Ich wurde in einem ausführlichen Beratungsgespräch über die möglichen Risiken der Anwendungen informiert und alle meine Fragen zu der angebotenen Dienstleistung Kryotherapie, wurden umfassend beantwortet. Ich verstehe die Auswirkungen extremer Kälte auf meinen Körper und nehme zur Kenntnis, dass der Behandler weder Arzt noch Heilpraktiker ist.

§1 Geltungsbereich

Diese AGB gelten für die Nutzung der Kältekammer ARTOFCRYO Exhibition (ein Produkt der ARTOFCRYO Exhibition), im Folgenden: ARTOFCRYO Exhibition, und ihren Anwendern.

§2 Haftung

Die Haftung für Schäden am Anwender sowie für Schäden an mitgebrachten Gegenständen des Anwenders oder dessen Besuchern, einschließlich Verlust oder Beschädigung von Kleidung, Wertgegenständen und Geld, ist ausgeschlossen, soweit im Folgenden nichts anderes geregelt ist. Ausgenommen von diesem Haftungsausschluss sind Schäden an Leben, Körper oder Gesundheit, die auf einer fahrlässigen Pflichtverletzung seitens ARTOFCRYO Exhibition beruhen, sowie andere Schäden, die auf einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Pflichtverletzung oder auf der leicht fahrlässigen Verletzung wesentlicher Vertragspflichten durch ARTOFCRYO Exhibition beruhen. Wesentliche Vertragspflichten sind solche, deren Erfüllung zur Erreichung des Vertragszwecks erforderlich ist und auf deren Einhaltung der Anwender vertrauen darf.

§3 Datenschutz

ARTOFCRYO Exhibition erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten des Anwenders selbst oder anonymisiert durch weisungsgebundene Dienstleister, soweit dies dem Zweck des Vertragsverhältnisses dient. Die Daten werden vertraulich behandelt.

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Das Wellness & Naturresort Reischlhof übernimmt keine Haftung für gesundheitliche Risiken, die aus den angebotenen Anwendungen wie Kryotherapie entstehen können. Gäste werden gebeten, bei Unsicherheiten bezüglich ihres Gesundheitszustands vor der Teilnahme eine ärztliche Untersuchung vornehmen zu lassen oder Rücksprache mit ihrem Arzt zu halten. Mit ihrer Unterschrift bestätigen die Gäste, auf jegliche Ansprüche gegenüber dem Wellness & Naturresort Reischlhof und dessen Team zu verzichten.

- Ich habe die AGB gelesen und akzeptiere diese.
- Ich habe den Haftungsausschluss gelesen und akzeptiere diesen.

Datum _____ Unterschrift _____

Name Mitarbeiter

Dauer der Behandlung

REISCHLHOF

WELLNESS & NATURRESORT