



ANMELDUNG KÄLTEKAMMER

Nachname _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Probetherapie (CHF 25.00) | <input type="checkbox"/> 10er Abo (CHF 250.00) | <input type="checkbox"/> 20er Abo (CHF 450.00) |
| <input type="checkbox"/> Einzeltherapie (CHF 30.00) | <input type="checkbox"/> 10er Abo 2Pers (CHF 175.00) | <input type="checkbox"/> 20er Abo 2Pers. (CHF 325.00) |

Datum / Unterschrift: _____

FRAGEBOGEN

- | | | |
|--|------|--------|
| 1. Sind Sie erkältet? | O ja | O nein |
| 2. Haben Sie zur Zeit akute Entzündungen (z.B. Blase)? | O ja | O nein |
| 3. Leiden Sie an einer chronischen Atemwegserkrankung (z.B. Asthma)? | O ja | O nein |
| 4. Leiden Sie an einer Herzerkrankung? | O ja | O nein |
| 5. Haben Sie einen Herzschrittmacher? | O ja | O nein |
| 6. Wurde bei Ihnen ein Bluthochdruck festgestellt? | O ja | O nein |
| 7. Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Arme oder Beine? | O ja | O nein |
| 8. Wurde ein Morbus Raynaud (Gefässerkrankung) festgestellt? | O ja | O nein |
| 9. Leiden Sie an einer Venenentzündung oder Thrombose? | O ja | O nein |
| 10. Leiden Sie unter Gefühlsstörungen in den Beinen? | O ja | O nein |
| 11. Haben Sie Krampfanfälle/Epilepsie? | O ja | O nein |
| 12. Leiden Sie an Blutarmut? | O ja | O nein |
| 13. Haben Sie eine Kälteallergie? | O ja | O nein |

