



Anamnese- und Aufklärungsbogen zur IHHT Behandlung

Vorname: _____ Nachname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____
Anschrift: _____

Sie möchten bei sich eine IHHT-Behandlung durchführen lassen oder die IHHT ist in Ihrem Fall eine sinnvolle Ergänzung zu einer anderen Behandlung.

Wir möchten Ihnen vor dem ärztlichen Beratungs- und Aufklärungsgespräch die Möglichkeit geben, sich über die Behandlung zu informieren und Ihnen noch einige Fragen zur Vorgeschichte stellen.

Befinden Sie sich zur Zeit in ärztlicher Behandlung Ja Nein

Wenn ja, weshalb?

Haben Sie derzeit irgendwelche akuten Allgemeinbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden sie unter einer der folgenden Erkrankungen oder waren früher davon betroffen?

Allergien	Bluthochdruck	Blutgerinnungsstörungen
Tuberkulose	Kreislaufbeschwerden	Lungenödem/Höhenlungenödem
Koronare Herzerkrankung	Herzrhythmusstörungen	Herzschwäche/Herzinsuffizienz
Herzschrittmacher	Herzinfarkt	Epilepsie
AIDS	Krebsleiden	Rheumatische Erkrankungen
Diabetes	Asthma/COPD	

Andere hier nicht aufgeführte Vorerkrankungen:

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn Ja, wie viele Zigaretten (auch E-Zigaretten)?

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Wenn Ja, welche?

Für Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie aktuell schwanger? Ja Nein



Im Folgendem möchten wir Sie über selten auftretende Symptome, die unmittelbar nach bzw. Stunden nach der Sitzung eintreten können, aufmerksam machen:

- Kopfschmerzen
- Kribbeln in Händen und Füßen
- Blutungen nach der Menopause (Zellverjüngung!)
- Verschobene Tagesrhythmik

Beim Auftreten von Symptomen positiver und negativer Art sprechen Sie bitte Ihren behandelnden Therapeuten nach der Sitzung oder spätestens vor der nächsten Sitzung an. Ihre Hinweise liefern uns wichtige Informationen für die Einstellung und Programmierung der nächsten Sitzung.

Die Sitzung sollte sofort abgebrochen werden, wenn folgende Leitsymptome auftreten:

- Kopfschmerzen
- Plötzlicher Leistungsabfall
- Ruhedyspnoe (starke Atemnot)
- Zyanose (Blauverfärbung an der Haut)
- Erbrechen
- Fieber

Bei Personen mit:

- Akuten somatischen und infektiösen Erkrankungen
- Intoleranz gegenüber Sauerstoffmangel
- Erkrankungen mit Symptomen einer Dekompensation
- Schwangerschaft

darf die IHHT nicht angewendet werden.

Bei

- Epilepsie
- Herzschrittmacher
- Ausgeprägten Herzrhythmusstörungen
- CFS
- Krebserkrankungen
- Vorgeschichte mit Fehlgeburten und unheilbaren Krankheiten

darf die IHHT nur von einem Arzt/Therapeuten mit entsprechender Erfahrung und theoretischem Wissenshintergrund angewendet werden.



Bitte notieren Sie nachstehend Ihre persönlichen Fragen, die Sie stellen möchten.

Ich bin heute von Herrn Dr. Baader ausführlich über die IHHT-Anwendungen mit dem CellAir One informiert worden und konnte alle meine Fragen besprechen.
Mein Gesundheitszustand wurde mit dem die IHHT anwendenden Arzt/Therapeuten ausführlich erörtert.

Datum

Kunde/Patient

Unterschrift

Arzt/Therapeut

Unterschrift

GESUNDHEITSPRAXIS-KARLSRUHE

Dr. Peter Baader

Rastatter Straße 66
76199 Karlsruhe

Tel: 0721 46716308
Mobil: 0176 57733245
Mail: info@gesundheitspraxis-karlsruhe.de
Web: www.gesundheitspraxis-karlsruhe.de

GESUND BLEIBEN – GESUND WERDEN

