

Screening Formular Okklusionstraining

Bitte kreuzen Sie mit X für Ja an oder lassen Sie das Feld frei

Haben oder hatten Sie Blutgerinnungsstörungen, Blutgerinnungserkrankungen (SLE, Hämophilie, Blutplättchenzahl zu hoch)	
Haben Sie Typ 1 Bluthochdruck, Ruhepuls über 140mmHg?	
Hatten Sie jemals eine Tiefe Beinvenenthrombose oder eine Embolie, gleich welcher Art?	
Hatten Sie einen Schlaganfall?	
Gibt es in Ihrer Familie Menschen mit Blutgerinnungsstörungen	
Rauchen Sie?	
Nehmen Sie regelmäßige Medikamente, inkl. Kontrazeptiva?	
Hatten Sie jemals eine Verletzung der Arterien oder Venen?	
Hatten Sie jemals eine Verletzung der Nerven, inkl. Rücken oder Halswirbelsäulenverletzungen?	
Sind Sie Diabetiker?	
Gibt es in Ihrer Familie Diabetiker?	
Haben Sie Bluthochdruck (120-140mmHg)	
Haben Sie Metall im Körper?	
Haben Sie undiagnostizierten Leisten/Hüft, oder Wadenschmerz?	
Hatten Sie jemals ein Kompartmentsyndrom?	
Wurden Sie in den letzten 4 Wochen operiert?	
Hatten Sie eine Reise für mehr als 4 Std. während der letzten 7 Tage?	
Haben Sie bestehende Erkrankungen, inkl. Gelenkentzündungen?	

Ich versichere bei oben genannten Fragen keine Informationen verschwiegen zu haben. Mir ist bewußt dass die hier abgefragten gesundheitlichen Faktoren zu erheblichen Problemen im Zusammenhang mit Okklusionstraining führen können, falls ich nicht wahrheitsgemäß antworte. In diesem Fall entfällt jeglicher Haftungsanspruch der Praxis Sporting Spine.

Name

Ort, Datum, Unterschrift