

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Stadt: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

## Unbedenklichkeitserklärung

Hiermit bestätige ich

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes

,dass gegen die für Frau/Herrn

\_\_\_\_\_  
Name Patient

geplante Behandlung/Nutzung der Kältekammer ärztlicherseits keine medizinischen oder gesundheitlichen Bedenken bestehen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Unterschrift Arzt

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

# Anwendungshinweise

Bitte bringen Sie mit:

- eine Mütze/Stirnband
- Handschuhe
- festes Schuhwerk und Socken
- Badekleidung/kurze Hose

Einen Mundschutz erhalten Sie von uns.

Bitte beachten:

- Schmuck, Uhren, Brillen sind vor dem Betreten der Kältekammer abzulegen
- Die Haut soll trocken sein und möglichst nicht frisch gefettet werden
- Sie können die Kältekammer jederzeit verlassen. Die maximale Anwendungsdauer beträgt 3 Minuten
- Bitte Bewegen Sie sich ausreichend in der Kältekammer