

## IHHT – Fragebogen für Neukunden

Dieser Fragebogen dient ausschliesslich Ihrer Sicherheit und dem geplanten Behandlungserfolg. Je mehr wir über Sie wissen, desto individueller können wir uns auf Ihre Bedürfnisse einstellen. Selbstverständlich bleibt dieser Fragebogen vertraulich und ist nur für die IHHT-Behandlung bestimmt.

Vorname/Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Grösse: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Notfallperson: \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  Nein  Ja

Wenn ja, warum? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Arzneimittel ein?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie derzeit Allgemeinbeschwerden?  Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren eine infektiöse Erkrankung?  Nein  Ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Wurden Sie ab 2018 geimpft?

Nein

Ja

Wenn ja, wogegen, wie oft und wann? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind Allergien bekannt?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? (gilt auch für E-Zigaretten)

Nein

Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmässig Schlafmittel?

Nein

Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Tragen Sie einen Herzschrittmacher?

Nein

Ja

Wenn ja, welchen uns seit wann? \_\_\_\_\_

Leiden Sie aktuell unter folgenden Krankheiten oder waren Sie in den letzten 3 Jahren davon betroffen?

Hatten Sie einen Herzinfarkt/Schlaganfall

Nein

Ja

Wenn ja, wann und wie war die Behandlung?

\_\_\_\_\_

Gibt es in der Familie (Eltern, Geschwister) Personen, die davon betroffen sind?

Nein

Ja

Wenn ja, bitte schildern Sie die Vorkommnisse

---

---

---

Herzrhythmusstörungen

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Allgemeine Herzbeschwerden, Herzschwäche?

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

---

Kreislaufbeschwerden

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Bluthochdruck

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Blutunterdruck

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Blutgerinnungsstörung

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Durchblutungsstörungen

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Tumorerkrankungen (auch länger zurückliegende)

Nein

Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

AIDS (HIV)

Nein  Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Rheumatische Erkrankungen (Arthritis)

Nein  Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Haben Sie Diabetes?

Nein  Ja

Wenn ja: Welcher Typ? Seit wann? Therapie?

---

Krankheiten der Leber (Gelbsucht, Hepatitis)

Nein  Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Nierenerkrankungen

Nein  Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Tuberkulose (TBC)

Nein

Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Lungenödem (Höhenlungenödem HAPE)

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Leiden Sie an COPD?

Nein

Ja

Wenn ja, seit wann?

---

Leiden Sie an Atemnot/Asthma?

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Epilepsie

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Angststörungen (z.B. Maske)

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Borreliose

Nein

Ja

Wenn ja: Seit wann, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Thrombosen/Lungenembolie

Nein

Ja

Wenn ja: Wann, wie häufig, ärztliche Begutachtung, Therapie?

---

Leiden Sie an einer Autoimmunkrankheit?

Nein

Ja

Wenn ja, an welcher?

---

---

Trinken Sie Alkohol?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft und wieviel?

---

Burnout

Nein

Ja

Wenn ja, wann?

---

---

Depression?

Nein

Ja

Wie wurde behandelt?

---

---

Nur für Frauen:

Sind sie schwanger?

Nein

Ja

Wenn ja, in welchem Monat?

---

Nehmen Sie Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

---



Nehmen Sie Vitalstoffe?

Nein

Ja

Wenn ja, welche?

---

---

---

---

Machen Sie Ausdauertraining?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft, mit welcher Herzfrequenz und wie lange?

---

---

Was versprechen Sie sich von der IHHT-Behandlung? Was sind Ihre Ziele?

---

---

Woher haben Sie von IHHT erfahren?

---

Ich bestätige, dass ich vollständige Angaben zu meiner Gesundheit gemacht habe.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass die oben gemachten Angaben wahr sind, Sie vollständige Angaben zu Ihrer Gesundheit gemacht haben, Sie über sämtliche Aspekte der Behandlung (insbesondere über die Risiken) aufgeklärt worden sind, alle Ihre Fragen beantwortet wurden und Sie mit der Behandlung mit IHHT einverstanden sind. Die Behandlung erfolgt auf eigene Gefahr. Jegliche Haftung wird (soweit gesetzlich zulässig) ausgeschlossen.

Ort, den \_\_\_\_\_ Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_

Ich bestätige, die oben gemachten Angaben vertraulich und ausschliesslich für die IHHT-Behandlung anzuwenden

Ort, den \_\_\_\_\_ Unterschrift IHHT Zentrum \_\_\_\_\_

Für IHHT Zentrum (Protokoll) Datum:

Hypoxie % :

Hyperoxie % :

Intervall min/min :

SpO<sub>2</sub> minimal % :