

## FRAGEBOGEN UND EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR BECKENBODEN-MAGNETFELD-BEHANDLUNG

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

KONTRAINDIKATIONEN:	JA	NEIN
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftimplantate, Silikonimplantate, Kniegelenksprothesen (bis 10cm über Kniegelenk)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrauben, Nägel, Bohrdrähte und ähnliches (LWS, Becken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallclips im kleinen Becken (z.B. Eileiter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, Defibrillator, Stents und Bypass (< 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirale Kupfer / Gold <small>(Hormonspiralen müssen nach Beendigung der Therapie auf ihre Position kontrolliert werden)</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen, Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallhaltige Tätowierung / Piercing (Intimbereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorangegangene Operationen (< 8 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie Schlaganfallpatient?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krebs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI:

Menstruation  
Akutem Harnwegsinfekt  
Schmerzhaften Hämorrhoiden, Fieberhaften Infektion  
Cochlea-Implantat  
Blutverdünnenden Medikamenten  
Infizierten und offenen Wunden  
Stillzeit

Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung persönlich aufgeklärt und möchte das Training durchführen. Ich habe diese Indikationsliste verstanden und persönlich ausgefüllt. Ich habe keine Kontraindikationen.

Das Beckenboden-Training ist eine eigenverantwortlich durchgeführte Trainingsanwendung und ersetzt weder eine diagnostische Abklärung noch eine Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten.

Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Klient/in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Trainingsbetreuung