



Vorschriften für die mobile Kryokammer



Mit der Benutzung der Kryokammer des Unternehmens Z-Audiomed bestätigt der Kunde, dass er keine gesundheitlichen Kontraindikationen für die Anwendung der systemischen Kryotherapie hat. Er stimmt dem Verfahren zu und hat die Bestimmungen dieser Vorschriften gelesen und akzeptiert.

Die Kryotherapie kann von Erwachsenen und Minderjährigen genutzt werden (jedoch nur mit schriftlicher Zustimmung und unter der Erledigung von der Eltern oder Erziehungsberechtigten).

1. Gegenanzeigen:

- Kälteunverträglichkeit
- Hypothyreose
- Lokale Blutversorgungsstörungen
- signifikante Anämie,
- Einnahme von Medikamenten, insbesondere

Neuroleptika oder Einnahme von

- Alkohol,
- Klaustrophobie
- Herzklappenfehler,

- venöse Blutgerinnsel und Embolie,
- Organtransplantationen,
- unregulierte Hypertonie,
- infektiöse (bakterielle und virale) Zustände,
- Transplantationspatienten (Immunsuppression),
- Krebs

RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN

- venöse Blutgerinnsel und Embolie periphere
- übermäßiges Schwitzen der Haut.

Kryotherapie-Behandlungen bringen sicher und schnell positive Auswirkungen auf die Gesundheit, aber es muss auf eine ordnungsgemäße Vorbereitung des Verfahrens und auf die nach Abschluss durchgeführten Übungen geachtet werden.

Es ist wichtig, dass alle durch die Behandlung im Körper freigesetzten Vorteile nach Kontakt mit sehr niedrigen Temperaturen (-115 ° C bis -135 ° C) für lange Zeit konsolidiert werden.

2. OBLIGATORISCHES EIGENES BAUMWOLLEKLEID FÜR DIE DAUER DER BEHANDLUNG:

- Mütze oder Ohrenband, Shorts, Oberteil / Frauen, Handschuhen und Kniestrümpfen.

3. VERHALTENSREGELN VOR DER BEHANDLUNG

- KEINE Hydratisierung vor der Behandlung,
- Bevor man die Kryokammer betritt, benutzt man die Toilette und kümmert sich um alle physiologischen Bedürfnisse.
- Am Tag der Behandlung dürfen Sie keinen Alkohol trinken, keine Drogen oder Rauschmittel einnehmen.
- Sie dürfen keinen Schmuck, Uhren und andere Metallelemente tragen.
- Die Haut sollte sauber und trocken sein. Verwenden Sie vor dem Eingriff KEINE Cremes und Salben.
- Feuchte Stellen sollten bereits vor dem Betreten der Kryokammer mit einem Einweghandtuch getrocknet werden.

VOR JEDEM BETRETEN DER KAMMER MUSS DER BLUTDRUCK GEMESSEN WERDEN

4. Jedes Mal vor der Behandlung bewertet das Kryokammer-Team den allgemeinen Zustand des Kunden, einschließlich der Druckmessung sowie Messung der Arterien- und Pulsfrequenz. Anschließend bestätigt der Kunde das Ergebnis mit einer Unterschrift auf dem Formular.
5. Nach dem Blutdrucktest entscheidet der Mitarbeiter der mobilen Kryokammer, ob der Kunde behandelt werden darf.

6. WÄHREND DER BEHANDLUNG

- Der Atem sollte langsam und flach sein, die Luft kürzer eingeatmet und länger mit dem Mund ausgeatmet werden.
- Entfernen Sie die Schutzmaske nicht, bewegen Sie sich ruhig und laufen Sie im Kreis.
- Man darf die Wände und Wärmetauscher nicht berühren und sich an den Wänden anlehnen/stützen,
- Es ist verboten, in die Hände zu klatschen, mit den Armen zu winken, die Körperoberfläche zu reiben oder zu tätscheln, Augen zu reiben, herumzulaufen, zu hocken oder Liegestütze zu machen.

7. VERHALTENSREGELN NACH DER BEHANDLUNG

- Maske und Verstopfungen entfernen, Kniestrümpfe ausziehen,
- Klatschen Sie nicht in die Hände, klopfen Sie nicht und reiben Sie nicht die Hautoberfläche.
- Um den Körper aufzuwärmen, gehen Sie zum obligatorischen Aufwärmen (ca. 20 Minuten).

8. Es ist unbedingt erforderlich, die Anweisungen des Personals der mobilen Kryokammer zu befolgen. Die Kammer hat eine Notausgangstür, falls Sie sie schnell verlassen müssten. Wir berühren die Nottür NICHT ohne Grund.

9. Wenn der Kunde warnende Reaktionen seines Körpers spürt, z. B. Atemnot, Zittern, Bewusstlosigkeit oder Schwindel, sollte er die Kryokammer so bald wie möglich verlassen.

WIR BITTEN DEM THERAPEUTEN ODER DEM MITARBEITER DER KRYOKAMMER ÜBER ALLE ANDEREN UMSTÄNDE, DIE EINWIRKUNGEN AUF DIE BEHANDLUNG HABEN KÖNNTEN, ZU INFORMIEREN (Angst vor der Behandlung, Klaustrophobie, in der Vergangenheit erlittene Erfrierungen, Blutdruckstörungen, Infektionen, Hautschäden usw.

Name und Vorname Alter

Systemische Kryotherapie – Behandlungskarte

Nr.	Datum	Blutdruck	Herzfrequenz	Unterschrift	Unterschrift mit Druckbuchstaben
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift des Kunden