PELVIPOWER™
KRAFT AUS DER MITTE

FRAGEBOGEN UND **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG** ZUM PELVIPOWER™ MAGNETFELD-TRAINING

Name _____ Vorname _____

Geb.-Datum _____ Telefon _____

Adresse _____

Email _____

KONTRAINDIKATION	**JA**	**NEIN**
Schwangerschaft	☐	☐
Hüftimplantate, Kniegelenksprothesen (bis 10cm über Kniegelenk)	☐	☐
Schrauben, Nägel, Bohrdrähte und ähnliches (LWS, Becken)	☐	☐
Metallclips im kleinen Becken (z. B. Eileiter)	☐	☐
Herzschrittmacher, Blasenschrittmacher	☐	☐
Insulinpumpe	☐	☐
Defibrillator	☐	☐
Neurostimulator	☐	☐
Dekompensierte Herzerkrankungen, dekompensierte Herzrhythmusstörungen	☐	☐
Epilepsie	☐	☐
Krebserkrankungen	☐	☐
Metallhaltige Tätowierung, Piercing, Kleidung (im Beckenbereich, z.B. Menstruationsunterwäsche)	☐	☐
Vorangegangene Operation (< 4 Wochen)	☐	☐

VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI

Vorangegangene Operation vor 4-8 Wochen (Freigabe durch den behandelden Arzt)
Spirale (Nach Beendigung des Trainings muss ihre Position ärztlich kontrolliert werden, um die Kontrazeption zu gewährleisten)
Menstruation
Akuter Harnwegsinfekt
Schmerzhafte Hämorrhoiden
Fieberhafte Infektion
Cochlea-Implantat (Freigabe durch den behandelnden Arzt)
Blutverdünnende Medikamente (Bitte anführen _____) ☐ ☐

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

Das Pelvipower 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 KlientIn | Ort, Datum, Unterschrift TrainingsbetreuerIn