



1 PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße: _____	PLZ / Wohnort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Geschlecht: _____	Größe / Gewicht: _____
Auf Empfehlung von: _____	

2 ANAMNESE & ZIEL

Nehmen Sie aktuell Medikamente?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, bitte angeben: _____
Befinden Sie sich in ärztlicher/heilpraktischer Behandlung?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, weshalb: _____
Wurde Kryotherapie ärztlich empfohlen / indiziert?	☐ Ja ☐ Nein	Wenn ja, welche Indikation: _____
Haben Sie bereits Erfahrung mit Kryotherapie?	☐ Ja ☐ Nein	_____
Ziel der Anwendung aus Ihrer Sicht: _____		

3 WIRKUNGSWEISE & ABLAUF

Die Ganzkörperkältetherapie ist ein schonendes Kälteverfahren. Durch die bis zu 3-minütige Anwendung bei **bis zu -160°C** kommt es zu einer vermehrten Ausschüttung von Botenstoffen (Hormonen, Endorphinen etc.) sowie einer Aktivierung von Kreislauf und Stoffwechsel. Da es sich um **trockene Kälte** handelt, wird die Anwendung gewöhnlich als angenehm empfunden. Sensible Haut kann mit kurzer Rötung reagieren, die sich zeitnah zurückbildet. Der Effekt ist sofort spürbar und kann bis zu 4-6 Stunden anhalten.

① Umkleiden	② Anlegen	③ Einweisung durch Betreuer	④ Cryo-Session max. 3 Min.
Sportunterwäsche / Bikini / Badehose, Schmuck ablegen	Cyroschuhe & Cyrohandschuhe (werden gestellt)	Individuelle Temperatur- & Zeiteinstellung	Kabine jederzeit selbst verlassen möglich

4 VORBEREITUNG – ZWINGEND ERFORDERLICH

✓ ERFORDERLICH	✗ NICHT ERLAUBT VOR DER SESSION
✓ Haut & Haare vollständig trocken	✗ Deo, Bodylotion, Parfüm, Körperöl
✓ Sportunterwäsche / Bikini / Badehose	✗ Make-Up oder Foundation am Körper
✓ Schmuck, Piercings & Uhren entfernt (am Körper wenn nicht durch Unterwäsche bedeckt)	✗ Nasse / feuchte Haare
✓ Schutzschuhe (werden gestellt)	✗ Alkohol vor der Anwendung
✓ Schutzhandschuhe (werden gestellt)	✗ Anwendung auf nüchternen Magen

5 KONTRAINDIKATIONEN – AUSSCHLUSSKRITERIEN

Die folgenden Erkrankungen schließen eine Behandlung **vollständig aus**. Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zutrifft:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Herzinfarkt / KHK | ☐ Herzschrittmacher | ☐ Unkontrollierter Bluthochdruck |
| ☐ Durchblutungsstörung (Hände/Füße) | ☐ Raynaud-Syndrom | ☐ Kälteallergie / Kälteurtikaria |
| ☐ Schwangerschaft | ☐ Kinder unter 12 Jahren | ☐ Akute Entzündungen / Infekte |
| ☐ Epilepsie | ☐ Offene Wunden / Verbrennungen | ☐ Klaustrophobie |

Vorsicht bei: Diabetes mit Neigung zur Unterzuckerung (bis zu 700 kcal Verbrauch) – Minderjährige ab 12 Jahren nur mit schriftlicher Einwilligung Erziehungsberechtigter – Mindestgröße 1,55 m

6 HINWEISE & EINWILLIGUNG

- Innenwände:** Wände der Kabine nicht länger berühren – nicht untertauchen oder einatmen
- Abbruch:** Sie können die Session jederzeit selbst abbrechen – einfach die Tür aufdrücken
- Notfall:** Bei Schwindel, Kopfschmerzen oder Unwohlsein sofort Betreuer informieren
- Dauer:** Max. 3 Minuten – Temperatur & Dauer nach Vereinbarung anpassbar
- Mindestpause:** Min. 4 Stunden Pause bei mehreren Sessions am selben Tag

Ich bestätige, dass ich die oben stehenden Informationen zur Kryotherapie gelesen und verstanden habe. Ich erkläre, dass keine der genannten Kontraindikationen bei mir vorliegt (bzw. diese angegeben wurden). Ich stimme der Durchführung der Kryotherapie-Session zu und bestätige, die Hinweise zu Vorbereitung und Sicherheit zu befolgen. Ich wurde darüber informiert, dass diese Anwendung **kein medizinischer Eingriff** ist und kein Ersatz für ärztliche Behandlung darstellt.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde/Kundin

Betreuer/in (Longevity Center)