

Risikoaufklärung, Einwilligungserklärung und ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

LA Paws Eiszeit – Kältekammer G900 CRYO

Angaben zur Person

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Aufklärung über die Anwendung

*Die Anwendung in der Kältekammer **G900 CRYO** ist eine intensive Kälteexposition unter extremen klimatischen Bedingungen (bis unter -100°C), welche eine erhebliche Belastung für das Herz-Kreislauf-System darstellt.*

Die Anwendung ist für gesunde Personen, die an keinen schweren Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems, der Blutgefäße, des Stoffwechsels oder des Bewegungs- und Stützapparates leiden, geeignet.

Mögliche Risiken und Nebenwirkungen können sein:

- *Kreislaufreaktionen (Schwindel, Blutdruckveränderungen)*
- *Herzrhythmusstörungen*
- *Kälteverbrennungen bei unsachgemäßer Anwendung*
- *Atembeschwerden*
- *Verschlechterung bestehender Erkrankungen*

*Die Anwendung erfolgt **freiwillig und auf eigene Verantwortung**.*

3. Kontraindikationen (Ausschlussgründe)

Die Anwendung darf insbesondere **nicht durchgeführt werden bei:**

- schlechtem Allgemeinzustand
- dekompenzierte chronische Herzkrankheit
- Myokardinfarkt oder die anschließende Erholungsphase
- essentieller Hypertonie Stadium II, Grad der essentiellen Hypertonie III (Blutdruck $\geq 180/100$ mmHg);
- Herzinsuffizienz im Stadium II
- Störung des Herzleitungs- und des Herzrhythmus mit schlechter Prognose
- Raynaud-Syndrom, Akrocyanose, systemische Vaskulitis
- Kryoglobulinämie, Agammaglobulinämie, Kryofibrinogenämie
- Schlaganfall,
- Fieber,
- aktive Lungentuberkulose
- bösartige Tumore
- Blutungsdiathese
- schwere Anämie
- Hypothyreose
- hysterische Neurose
- individuelle Kälteunverträglichkeit
- kalter Ausschlag
- Herzschrittmacher nur nach ärztlicher Abklärung
- Schwangerschaft
- Kinder unter 10 Jahren.

Einwilligung und Eigenverantwortung

Ich bestätige hiermit:

- dass ich die **Risiken vollständig verstanden** habe,
- dass ich **alle Gesundheitsangaben wahrheitsgemäß** gemacht habe,
- dass ich die Anwendung **auf eigene Verantwortung** in Anspruch nehme,
- dass ich im Zweifel vorab eine ärztliche Abklärung durchgeführt habe.

Ich verpflichte mich, den Betreiber über **Änderungen meines Gesundheitszustandes** unverzüglich zu informieren.

Haftungsausschluss

Der Betreiber übernimmt – soweit gesetzlich zulässig – **keine Haftung für gesundheitliche Schäden**, die aus der Anwendung resultieren, sofern diese nicht auf grobe Fahrlässigkeit oder Vorsatz zurückzuführen sind. Für persönliche Gegenstände wird **keine Haftung übernommen**.

Ärztliche Bestätigung

Hiermit bestätige ich als Arzt/Ärztin, dass die oben genannte Person untersucht wurde und aus ärztlicher Sicht **keine Kontraindikationen** gegen die Anwendung der Kältekammer bestehen.

Einschränkungen / Hinweise (falls zutreffend):

Stempel / Name und Unterschrift des Arztes: _____

Ort / Datum: _____



Regeneration mit Kälte.

Bestätigung der teilnehmenden Person

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die vollständige Kenntnisnahme und Zustimmung zu allen oben genannten Punkten.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____
(Name in Blockschrift)

Datenschutz (DSGVO – Österreich / EU)

Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgt gemäß der **Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO)** sowie dem **österreichischen Datenschutzgesetz (DSG)**.

Verarbeitete Daten:

- Stammdaten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Kontaktdaten)
- Gesundheitsangaben (im Rahmen dieser Erklärung)

Zweck der Verarbeitung:

- Durchführung der Anwendung
- Dokumentation der Einwilligung und Haftungsabsicherung
- Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen

Rechtsgrundlage:

- Art. 6 Abs. 1 lit. b DSGVO (Vertragserfüllung)
- Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO (ausdrückliche Einwilligung in Gesundheitsdatenverarbeitung)

Speicherdauer:

Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie dies für die oben genannten Zwecke oder gesetzliche Aufbewahrungspflichten erforderlich ist.

Rechte der betroffenen Person:

- Auskunft
- Berichtigung
- Löschung
- Einschränkung der Verarbeitung
- Datenübertragbarkeit
- Widerruf der Einwilligung

Beschwerden können bei der zuständigen Datenschutzbehörde eingebracht werden.