

Aufklärung / Abklärung GALILEO Vibrationstherapie

Patient-Name: _____ geb: _____

Aufklärender Arzt/Therapeut: _____ Datum: _____

Absolute Kontraindikationen (kein Galileo möglich)		Mögliche Nebenwirkungen
Frische Knochenbrüche oder aktuelle Knochenlöcher / Osteolysen (in den letzten 3 Mon.)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	- Juckreiz in den trainierten Bereichen (oft Waden, durch hohe Muskelaktivität) - Übelkeit und Schwindel (durch plötzlichen Blutdruckabfall) - Rasche Unterzuckerung bei Diabetes (durch hohe Muskelaktivität) - Blasenbildung an Kontaktstellen zur Trainingsplattform (selten vorkommend)
Akute Thrombose in den letzten 3 Monaten	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Akute Entzündung / akute Einklemmung (Hernie- zB Leistenbruch)	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Versteifungsoperation an der WS Knie TEP	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Schwangerschaft Herzschrittmacher > 5 Jahre	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Relative Kontraindikationen (nach Abklärung mit Arzt meist trotzdem mit dem Galileo vereinbar)			
Knochenbrüche, älter als 3 Monate versorgt mit: <input type="checkbox"/> Platten <input type="checkbox"/> Schrauben <input type="checkbox"/> Nägeln Wo: _____	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Krebserkrankung <input type="checkbox"/> bestehend <input type="checkbox"/> Knochenbeteiligung WO: _____ Art: _____ <input type="checkbox"/> Zustand nach	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Hüft -Totalendoprothese <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Spirale	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Alte Thrombose <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Epilepsie	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Akuter Bandscheibenvorfall	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Steine in Galle oder Harnleiter	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rheumatoide Arthritis	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	Osteoporose	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Frische Wunden, Narben, OP	Wann: Wo:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Hiermit erkläre ich alle Punkte wahrheitsgemäß beantwortet zu haben: Ja Nein

Ich möchte die Galileotherapie durchführen und bin auch mit den zu entrichtenden Kosten (siehe Kostenvoranschlag) einverstanden: Ja Nein

Unterschrift (Kunde/Patient): _____ Ort: _____, den: _____