

TOESTEMMINGSFORMULIER

Om u zo goed mogelijk van dienst te kunnen zijn en (gezondheids)risico's te beperken, vragen wij u om onderstaande informatie aandachtig door te lezen. Wij raden u in verband met potentiële (gezondheids)-risico's en op advies van de fabrikant van de cryosauna het gebruik van Whole Body Cryotherapie dringend af als één of meerdere van de volgende contra indicaties op u van toepassing zijn:

Algehele slechte conditie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Niet behandelde chronische cardiovasculaire ziekten (hart- en vaatziekten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartritmestoornissen; pacemaker	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartinfarct/hartaanval en de rehabilitatiefase na een infarct	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hartinsufficiëntie (verzwakte pompfunctie van het hart);	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Niveau 2 of 3 hypertensie (onbehandelde hoge bloeddruk, 180/100)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Herseninfarct	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Raynauds syndroom en acrocyanose (blauw kleuren van handen, voeten, neus en oren)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Cryoglobulinemie, cryofibrinogenie (aanwezigheid van abnormale eiwitten in het bloed, met negatieve reactie op lage temperaturen)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Agammaglobulinemie (erfelijke aandoening van de afweer)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Vasculitis (ontsteking van de wanden van de bloedvaten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Koorts of een verhoogde lichaamstemperatuur van meer dan 37°C	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Tuberculose	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Bloedingen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Ernstige bloedarmoede	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hypothyreoïdie (trage schildklier)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Hysterische neurose (ernstige psychische aandoening)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Intolerantie voor kou (koude allergie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee



TOESTEMMINGSFORMULIER (VERVOLG)

Allergische dermatitis (ontsteking van de huid als gevolg van een allergie)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Zwangerschap	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Leeftijd onder de 15 jaar	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Geen contra-indicatie: (borst)implantaten		

- Ik verklaar dat ik bovenstaande lijst met contra-indicaties heb gelezen en heb begrepen, dat ik geen gezondheidsproblemen heb en dat de hierboven genoemde contra-indicaties niet op mij van toepassing zijn.
- Ik verklaar verder dat ik geheel op eigen risico gebruik maak van de cryosauna en dat ik dus bewust eventuele (gezondheids)risico's van het gebruik van de cryosauna aanvaard.
- Ik verklaar ook dat de verplichting van THE ICECAVE zich beperkt tot het ter beschikking stellen van het veilige gebruik van de cryosauna, enkel en alleen aan mensen op wie de hierboven genoemde contra-indicaties niet van toepassing zijn en dit ook duidelijk aan THE ICECAVE kenbaar hebben gemaakt.
- Ik verklaar tot slot dat ik op de hoogte ben van, en nadrukkelijk akkoord ga met, het feit dat THE ICECAVE op geen enkele wijze aansprakelijk is voor schade die ik lijd als gevolg van het gebruik van de cryosauna

NAAM : _____

GEBOORTEDATUM : ____ / ____ / ____

TELEFOONNUMMER : _____

E-MAIL : _____

PLAATS / DATUM : ZWIJNDRECHT / _____ 20 ____

HANDTEKENING : _____