

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**KONTRAINDIKATIONEN****JA NEIN**

Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metalle (außer Titan) im Becken oder Lendenwirbelsäulenbereich (Schrauben oder Eileiter-Clips)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe (nur im Beckenbereich relevant)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher, Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirale Kupfer / Gold	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzkrankungen, Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piercing (Intimbereich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorangegangene Operationen (vor weniger als 8 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geburt (vor weniger als 12 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI**

Menstruation

Schmerzhafte Hämorrhoiden, fieberhafte Infektionen

Entzündungen oder akute Erkrankungen im Lendenwirbelsäulen- oder Beckenbodenbereich

Cochlea-Implantat

Blutverdünnende Medikamente (hochdosiert)

**Einverständniserklärung zur Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung**

Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Behandlung aufgeklärt und habe die Kontraindikationsliste gelesen und verstanden. Mir ist bewusst, dass es sich um eine unterstützende, nicht-medizinische Trainingsanwendung handelt, die keine Diagnose oder Therapie ersetzt. Auch bei bestehender Kontraindikation entscheide ich mich ausdrücklich und eigenverantwortlich für die Anwendung und entbinde das Studio sowie das Personal von jeglicher Haftung.

**Datenschutzhinweis**

Ich willige freiwillig in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zur Durchführung und Dokumentation der Anwendung ein. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Der Widerruf gilt ab Zugang für die Zukunft. Bereits erfolgte Verarbeitungen bleiben unberührt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Anwenderin\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Trainingsbetreuung