

Blood Flow Restriction Training (im Nachfolgenden kurz BFRT genannt) Vorsorgeuntersuchung- Formular

Name (in Blockbuchstaben): _____

BFRT-Kontraindikationen

Leiden Sie unter einer peripheren Gefäßerkrankung - Erkrankung der Blutgefäße der Beine und / oder der Arme, bei der es meist durch eine Arterienverkalkung (Arteriosklerose) zu starken Einengungen oder sogar zum kompletten Verschluss von Gefäßen und damit zu Durchblutungsstörungen der Beine und / oder Arme kommt? JA NEIN

Hatten Sie eine Gefäßoperation (Arterien oder Venen) an Ihren Armen oder Beinen? JA NEIN

Hatten Sie eine Hauttransplantation an Ihren Armen oder Beinen? JA NEIN

Haben Sie eine arteriovenöse Fistel an Ihren Armen oder Beinen? JA NEIN

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie VOR Beginn einer BFRT - Trainingseinheit mit Ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt zu sprechen und uns per Telefon (01/3615538) oder per Mail (office@sportortho-zentrum.at) zu informieren.

BFRT-Vorsichtsmaßnahmen

Wurden Sie jemals mit Bluthochdruck diagnostiziert? JA NEIN

Leiden Sie unter einer Blutgerinnungsstörung (z.B. Hämophilie)? JA NEIN

Leiden Sie unter einer Blutgerinnungsstörung (z.B. Systemischer Lupus erythematodes (SLE), Faktor-V-Leiden-Mutation (F5LMT)?

JA NEIN

Leiden Sie oder litten Sie unter tiefen Venenthrombose oder (Lungen-)Embolie? JA NEIN

Hatten Sie eine Operation in den letzten 12 Wochen? JA NEIN

Falls ja, bitte um eine kurze Beschreibung (Wo? Wann?):

Wurden Ihre Beine oder Arme aus irgendeinem Grund in den letzten 4 Wochen immobilisiert (z.B. lange Bettruhe oder Gips)? JA NEIN

Falls ja, bitte um eine kurze Beschreibung (Welcher Bein / Arm? Wann? Warum?):

Leiden oder litten Sie an einer der folgenden Krankheiten:

Schlaganfall bzw. TIA	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Tumor (z.B. Krebs)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Herzkrankheit (z.B. Herzinfarkt / Herzschwäche / Herzrhythmusstörungen (z.B. Vorhofflimmern)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Rhabdomyolyse	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Sichelzellkrankheit (Sichelzellanämie)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Kompartmentsyndrom	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nervenschäden / Nervenverletzungen	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hatten Sie jemals Komplikationen oder unerwünschte Ereignisse nach einem BFRT?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Andere, oben nicht angeführte Erkrankung:	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

Wenn ja, welche: _____

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? JA NEIN

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie VOR Beginn einer BFRT - Trainingseinheit mit Ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt zu sprechen und uns per Telefon (01/3615538) oder per Mail (office@sportortho-zentrum.at) zu informieren.

Nehmen Sie die Antibabypille? JA NEIN

Die Antibabypille kann das Thromboserisiko leicht erhöhen. Sie sollten Ihr individuelles Risiko VOR Beginn des BFRTs mit Ihrem behandelnden Haus- oder Facharzt besprechen.

- Ich habe den Fragebogen gelesen und verstanden und stimme dem Einsatz von BFRT zu.
- Ich habe verstanden, dass BFRT als positiv für meine Beschwerde gesehen wird. Dennoch können therapeutische Erfolge nicht garantiert werden und auf keinen Fall soll BRFT als Ersatz für andere Behandlungen oder Medikamente sein, sondern eine zusätzliche Unterstützung derselben.
- Falls ich Zweifel, Bedenken oder Fragen bezüglich meines gesundheitlichen Zustandes habe, werde ich vor der ersten BFRT-Trainingseinheit ein ärztliches Attest von meinem behandelnden Haus- oder Facharzt besorgen.
- Ich schließe meinen behandelnden Facharzt / meinen Therapeuten und die Mitarbeiter des Sportorthopädie Zentrums von der Haftung für alle Beschwerden, die aus einer Behandlung mit BFRT resultieren können, aus.

Datum _____ Unterschrift _____

Falls die Therapie für ein Kind unter 18 Jahren ist, bitte den Namen des Kindes und des Erziehungsberechtigten unten festhalten:

Name des Kindes (in Blockbuchstaben): _____

Name des Erziehungsberechtigten (in Blockbuchstaben): _____

Unterschrift Erziehungsberechtigten: _____

Datum: _____