

Hydro-Colon-Therapie

Sehr geehrter Gast!

Schön, dass Sie sich für die Hydro-Colon-Behandlung entschieden haben! Um eine wirkungsvolle und sichere Anwendung gewährleisten zu können, ist es wichtig, dass Sie vorher diesen Anamnesebogen ausfüllen und unterschreiben. Nehmen Sie sich bitte einige Minuten Zeit, um die folgende Fragen zu beantworten. **Wenn alle Fragen mit „Nein“ beantwortet werden können, steht einer Hydro-Colon- Behandlung nichts mehr im Weg!** Ich wünsche Ihnen eine angenehme, erleichternde Behandlung und einen spürbaren Gesundheitseffekt!

Herzlichst
DR. MARTIN SPINKA

Fragebogen

- | | |
|--|--|
| 1) Wurden in der Vergangenheit Operationen an Ihrem Darm durchgeführt? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 2) Stehen Sie vor einer Operation an Ihrem Darm? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 3) Bestehen akute Entzündungen des Darms? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 4) Bestehen chronische Entzündungen des Darms? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 5) Leiden oder litten Sie an Diverticulitis (entzündlich veränderte Divertikel im Darm)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 6) Leiden oder litten Sie an Morbus Crohn
(entzündliche Veränderungen der Schleimhaut im Verdauungstrakt)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 7) Leiden oder litten Sie an Colitis ulcerosa (entzündliche Schädigung der Dickdarmschleimhaut)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 8) Hatten Sie in der Vergangenheit einen Herzinfarkt (Myocardinfarkt)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 9) Leiden Sie an Angina pectoris = „Brustenge“ (Herzkranzgefäßverengung)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 10) Leiden Sie an Herzinsuffizienz = schwaches Herz (verminderte Leistungsfähigkeit des Herzmuskels)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 11) Wurden Ihre Herzkranzgefäße aufgedehnt oder mittels Stent
(Gitter, das die Herzkranzgefäße offen hält) behandelt? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 12) Leiden oder litten Sie an Niereninsuffizienz (Einschränkung der Nierentätigkeit)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 13) Leiden oder litten Sie an einer Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 14) Bestehen bei Ihnen im Blutlabor gemessene Verschiebungen des Elektrolythaushaltes? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 15) Leiden Sie an Schwindel (Vertigo)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 16) Leiden Sie dzt. an nicht abgeklärten Bauchkrämpfen? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 17) Leiden Sie dzt. an nicht abgeklärter Übelkeit? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 18) Leiden Sie dzt. an nicht abgeklärtem Erbrechen? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 19) Neigen Sie zu Dehydratation (Flüssigkeitsmangel)? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 20) Leiden Sie dzt. an einer Infektionskrankheit? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 21) Haben Sie dzt. Fieber? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 22) Nehmen Sie Medikamente zur Blutverdünnung ein? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |
| 23) Wenn Sie eine Frau sind: Sind Sie schwanger? | <input type="radio"/> JA <input checked="" type="radio"/> NEIN |

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass Sie die Hydro-Colon-Therapie freiwillig durchführen lassen, und alle genannten Fragen gut verstanden und nach bestem Wissen und Gewissen beantwortet haben.

Datum / Zimmernummer / Name in Blockschrift / Unterschrift