

**FRAGEBOGEN UND  
EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG  
ZUR BECKENBODEN-MAGNETFELD-BEHANDLUNG**



Bitte füllen Sie diesen Fragebogen gut leserlich und VOR Ihrem Behandlungstermin aus.  
Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, sind wir Ihnen gerne bei der Beantwortung behilflich:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**KONTRAINDIKATIONEN**

**JA NEIN**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Schwangerschaft   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Hüftimplantate, Kniegelenksprothesen (bis 10cm über Kniegelenk)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Schrauben, Nägel, Bohrdrähte und ähnliches (LWS, Becken)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Metallclips im kleinen Becken (z.B. Eileiter)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Blasenschrittmacher   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Insulinpumpe  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzschrittmacher, Defibrillator  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Neurostimulator   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Spirale Kupfer (Hormonspiralen müssen nach Beendigung der Therapie auf ihre Position kontrolliert werden) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Herzerkrankungen, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, schwaches Herz                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Epilepsie   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Metallhaltige Tätowierung im Hüftbereich / Intimpiercing  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Vorangegangene Operationen (< 8 Wochen)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uterus Ring-Pessar  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**BEI FOLGENDEN DIAGNOSEN NUR NACH RÜCKSPRACHE MIT IHRER BETREUENDEN GYNÄKOLOGIN**

- |                              |                         |                    |
|------------------------------|-------------------------|--------------------|
| • Menstruationsbeschwerden   | • Akuter Harnwegsinfekt | • Bösartige Tumore |
| • Schmerzhaftes Hämorrhoiden | • Fieberhafte Infektion | • Schlaganfall     |
| • Cochlea-Implantat          | • Uterusmyome (> 2cm)   | • Vaginitis        |

**Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der Beckenboden-Magnetfeld-Behandlung persönlich aufgeklärt und möchte das Probe-Training durchführen. Ich habe diese Indikationsliste verstanden und persönlich ausgefüllt. Ich habe keine Kontraindikationen. Das Beckenboden-Training ist eine eigenverantwortlich durchgeführte Trainingsanwendung und ersetzt weder eine diagnostische Abklärung noch eine Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten. PhysioBalance übernimmt hier KEINE Haftung für etwaige Folgeschäden bzw. -beschwerden.**

**Einwilligungserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten. Die Einwilligung erfolgt auf freiwilliger Basis und ich kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Ab Zugang der Widerrufserklärung dürfen meine Daten nicht weiterverarbeitet werden. Sie sind unverzüglich zu löschen. Durch den Widerruf meiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt.**

Nach jeder Trainingseinheit wird eine Pause von 48 Stunden empfohlen. Für einen bestmöglichen Erfolg wird empfohlen, mindestens 2 Trainingseinheiten pro Woche durchzuführen.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich körperliche und/oder psychische Erkrankungen vor Aufnahme des Trainings mitgeteilt habe. Ich verstehe, dass eine Garantie für den zu erwarteten Erfolg aus rechtlichen Gründen nicht gegeben werden kann.**

Salzburg  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift Klient:in

Salzburg  
\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift PhysioBalance