



**PELVIPOWER™**  
KRAFT AUS DER MITTE

FRAGEBOGEN UND  
**EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG**  
ZUM PELVIPOWER™ MAGNETFELD-TRAINING

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

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

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

**KONTRAINDIKATION**

	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
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"/>
Herzschrittmacher, Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defibrillator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekompensierte Herzerkrankungen, dekompenzierte Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallhaltige Tätowierung, Piercing, Kleidung (im Beckenbereich, z.B. Menstruationsunterwäsche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorangegangene Operation (< 4 Wochen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**VOM MAGNETFELD-TRAINING WIRD ABGERATEN BEI**

Vorangegangene Operation vor 4-8 Wochen (Freigabe durch den behandelnden Arzt)		
Spirale (Nach Beendigung des Trainings muss ihre Position ärztlich kontrolliert werden, um die Kontrazeption zu gewährleisten)		
Menstruation		
Akuter Harnwegsinfekt		
Schmerzhafte Hämorrhoiden		
Fieberhafte Infektion		
Cochlea-Implantat (Freigabe durch den behandelnden Arzt)		
Blutverdünnende Medikamente (Bitte anführen _____ )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ich wurde über Wirkung und mögliche Nebenwirkungen der PelviPower-Trainingsmethode persönlich aufgeklärt und möchte das Training durchführen. Ich habe diese Indikationsliste verstanden und persönlich ausgefüllt. Ich habe keine Kontraindikationen.**

**Das Pelvipower Training ist eine eigenverantwortlich durchgeführte Trainingsanwendung und ersetzt weder eine diagnostische Abklärung noch eine Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten.**

**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.

Ort, Datum, Unterschrift KlientIn

Ort, Datum, Unterschrift TrainingsbetreuerIn