

Einverständniserklärung Beckenbodentherapie

Therapie durch rPMS (repetitive periphere Magnetstimulation)

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Kontraindikationen (absolut und relativ)

	Ja	Nein
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cochlea-Implantat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hüftimplantate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schrauben, Nägel, Bohrdrähte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallclips im kleinen Becken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blasenschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insulinpumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurostimulator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spirale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Metallhaltiger Körperschmuck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen in den letzten 8 Wochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vom rPMS Beckenbodentraining wird abgeraten bei

- Menstruation
- Akuter Harnwegsinfekt
- Schmerzhaften Hämorrhoiden
- Fieberhafte Infektion
- Blutverdünnende Medikamente (Bitte um Angabe des Medikamentes an den Arzt)

Ort, Datum

Unterschrift Patient/-in