

# Analysebogen ACP

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unsere Fragen zu beantworten. Ihre Antworten helfen uns, Ihre Bedürfnisse besser zu verstehen und die bestmögliche Behandlung für Sie zu gewährleisten.

## Nicht anzuwenden bei – Kontraindikationen :

- Akute Nieren- und Nierenbeckenentzündung
- Schwangerschaft
- Kälteallergie

## Bei Unsicherheit konsultieren Sie vor der Anwendung von ACP Ihren behandelnden Arzt.

Namen \_\_\_\_\_ Nachnamen \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Art der Schmerzen \_\_\_\_\_

Seit wann bestehen die Schmerzen?

- Kürzer als 6 Monate
- Zwischen 6 und 12 Monate
- Länger als 12 Monate

Wie stark sind Ihre Schmerzen zurzeit?



Wie stark waren Ihre Schmerzen danach?

(das Erfragen wir gerne direkt nach dem Test oder später telefonisch)



Gibt es noch weitere Informationen oder Anliegen, die Sie uns mitteilen möchten?

Haben Sie grundsätzlich Interesse an einer Schmerzbehandlung mit Alpha Cooling?

## Wir empfehlen zu Beginn mindestens 3x pro Woche Termine wahrzunehmen!

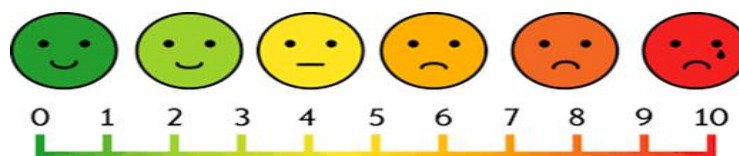
- auf jeden Fall  vielleicht  auf keinen Fall



CRYOZENTRUM  
HAVIXBECK

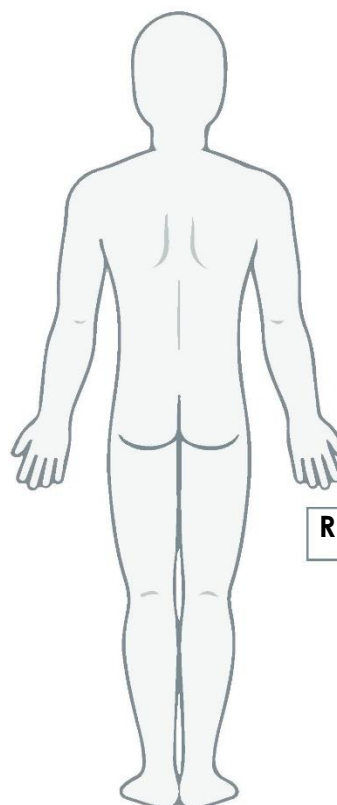
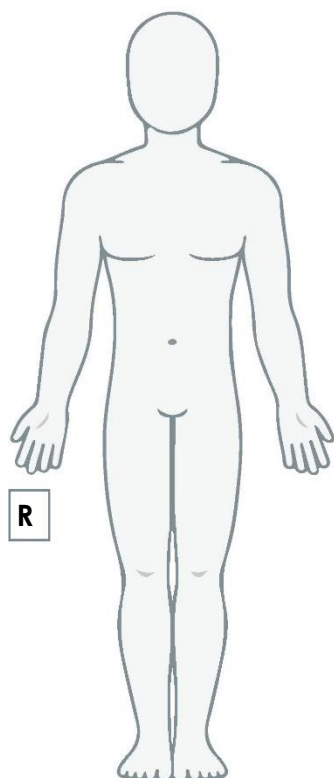
Bei vielen Anwendern ändert sich auch das Schlafverhalten!

Wie gut schlafen Sie zurzeit?



Wo verspüren Sie die Schmerzen am meisten?

**Bitte kreuzen Sie an!**



**Einwilligung:**

**Ich habe die Kontraindikationen gelesen und verstanden und benutze ACP auf eigene Verantwortung.**

**Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur internen Dokumentation und Werbezwecken verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.**

**Sie haben das Recht, die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.**

---

Ort, Datum, Unterschrift