

INFORMATIONSBLATT KONTRAINDIKATIONEN

EasyTorque Maximalkrafttest

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____ Analysedatum: _____

JA NEIN Zutreffendes bitte ankreuzen

Stütz- und Bewegungsapparat

1. Operationen in den letzten 6 Monaten?
2. Akute Rückenbeschwerden (Bandscheiben, Skoliose etc.)
3. Akute Kniebeschwerden (Kreuzbänder, Menisken, Knorpel etc.)
4. Chronische Erkrankungen des Skelettsystems (Osteoporose, Arthrose, Spondylose etc.)
5. Anderes (Frakturen, künstliche Gelenke etc.)
6. Rheumatische Erkrankungen

Herz- Kreislaufsystem

7. Herzerkrankungen (Herzrhythmusstörungen, Herzinsuffizienz)
8. Akute Schmerzen/Druckgefühl in der Schulter, Brust, Hals oder Armen
9. Blutdruck (niedriger/erhöhter Blutdruck, Schwindelanfälle)
10. Schlaganfall, Embolien
11. Schwere Gefässerkrankungen, Durchblutungsstörungen

Allgemeines

12. Nehmen Sie regelmässig Medikamente?
13. Kopfschmerzen oder Kopfverletzungen
14. Augenerkrankungen (Grüner Star, Netzhautablösung etc.)
15. Leber-, Nieren- oder Stoffwechselerkrankungen
16. Chronische Zustände (Epilepsie, Platzangst, Diabetes)
17. Tumorerkrankungen
18. Implantate (Herzschrittmacher, Gelenke (TEP), Brustimplantate)
19. Asthma oder Atemlosigkeit bei geringer Anstrengung
20. Hat Ihnen Ihr Arzt von körperlicher Anstrengung abgeraten?
21. Sind Sie jetzt oder waren Sie in den letzten 3 Monaten schwanger?
22. Hatten Sie Damm- oder Kaiserschnitt(e)?
23. Andere Krankheiten, wenn ja welche: _____

Wenn ein oder mehrere Aspekte mit JA beantwortet wurden, ist vor der Maximalkraftmessung mit EasyTorque die Rücksprache mit einem Arzt zu empfehlen!

Der/die Unterzeichnende erklärt für sich persönlich oder für einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist, dass er oder sie keine Schadenersatz-Ansprüche gegen die betreibende Einrichtung sowie den Geräte-Hersteller oder die Angestellten, Beauftragten, Hilfspersonen oder Rechtsnachfolger der Vorgenannten anstrengen wird. Diese Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch die Benutzung dieses Gerätes direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung für grobes Verschulden.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

UNSERE STANDORTE

Motion Innovation Center

Zürichstrasse 71
8840 Einsiedeln

SportClinic Zürich

Sihlcity
Giesshübelstrasse 15
8045 Zürich

Medbase Zug

Sports Medical Center
Baarerstrasse 53
6300 Zug

etzelclinic

Churerstrasse 43
8808 Pfäffikon SZ

Kryenbühl

Schuhe, Sport & Orthopädie
Hauptstrasse 14
8840 Einsiedeln

Medbase Abtwil

Sports Medical Center
Wiesenbachstrasse 5
9030 Abtwil SG

Medbase Winterthur WIN4

Sports Medical Center
Grüzefeldstrasse 32
8400 Winterthur

Medbase Bern

Sports Medical Center
Schwanengasse 10
3011 Bern

Medbase Thun

Sports Medical Center
Weststrasse 14
3604 Thun

Centro sportivo nazionale della gioventù Tenero

Via Brere
6598 Tenero