

# KONTRAINDIKATIONEN für EMS-Training



## WICHTIGE HINWEISE ZUM TRAINING / PROBETRAINING:

Hiermit erkläre ich, dass ich über die nachstehenden Kontraindikationen aufgeklärt wurde, keine bei mir vorliegen und ich mit einem EMS-Training mit dem System von EasyMotionSkin einverstanden bin. Bei Unwohlsein oder auftretenden Beschwerden während des Trainings melde ich dies sofort meinem Trainer und breche das Training ab.

Trinken Sie bitte VOR und NACH dem Training mindestens 250ml Wasser!

## Kontraindikationen für EMS-Training:

Ja      Nein

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Herzerkrankungen                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwere arterielle Durchblutungsstörungen             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Krebsleiden   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bluterkrankheiten                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Schwangerschaft                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | schwere neurologische Erkrankungen                    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Arteriosklerose in fortgeschrittenem Stadium          |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bauchwand- oder Leistenhernie                         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akute fieberhafte, bakterielle oder virale Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | akute Blutung   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | extreme Blutdrucksituation                            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Thrombose   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tuberkulose   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus                                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Erkrankung der Leber                                  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regenerationszeit nach einer OP                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____   |

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift