

EMS-Training Unbedenklichkeitsbescheinigung

Ihr Patient Herr/Frau _____ möchte regelmäßig am EMS-Training (Elektro-Muskuläre-Stimulation) unter persönlicher Betreuung bei Körperformen Hannover teilnehmen. Körperformen Hannover gehört zu einer Fitnesskette von mehr als 50 Stützpunkten in Deutschland. Wir bieten neben dem persönlich betreuten **Muskeltraining durch EMS**, ein spezielles **Gesundheitskompetenzzentrum** an.

Hier legen wir den Fokus auf:

Beratung hinsichtlich

- **Ernährung**
- **Nahrungsmittelergänzungen**
- **Abnehmen**

Analysen im Bereich

- **Stoffwechsel** (Spirometrie)
- **Herz-Stresslevel** (EKG),
- **Körperzusammensetzung** (Messungen: Proteinanteil, Wasserhaushalt, Fettanteil/Viszeralfett-Level und Mineralienanteil),
- **Regeneration** (Vitalmonitor)
- **Fitnesslevel** (Cardioscan & Vitalmonitor)

Schmerzreduktion

- **fasziales Training** (Blackroll),
- **Taping**
- **Energiepflaster**
- **(EMS-Training)**

Folgende Personen dürfen nur nach ärztlicher Freigabe am EMS-Training teilnehmen:

Menschen mit:

Epilepsie, Herzschrittmachern, schweren Durchblutungsstörungen, Bauchwand- oder Leistenhernie, Tuberkulose, Tumor-Erkrankungen, Arteriosklerose in fortgeschrittenem Stadium, arteriellen Durchblutungsstörungen, schweren neurologischen Erkrankungen, Diabetes Mellitus, fiberhaften Erkrankungen, akuten bakteriellen oder viralen Prozessen, Blutungen, starken Blutungsneigungen (Hämophilie) Defibrillatoren, Schwangere, starkem und krankhaften Übergewicht.

Sollten Sie Studien zum EMS-Training benötigen, finden Sie diese unter:

<http://www.miha-bodytec.de/miha/studien/studien.html>

Sollten spezielle Fragen an den EMS-Gerätehersteller hinsichtlich Herzschrittmachern oder Defibrillatoren bestehen, nutzen Sie bitte diesen Link <http://www.miha-bodytec.de>

Bitte bestätigen Sie uns mit Ihrer Unterschrift, dass Herr / Frau _____ aus Ihrer Sicht an dem EMS-Training teilnehmen kann!

Zudem besprechen Sie bitte ggf. notwendige Dosisanpassungen der bestehenden Dauermedikation mit dem Patienten. Für Rückfragen stehen wir Ihnen telefonisch unter 0511 874 599 55 zur Verfügung.

Bemerkungen/Hinweise des behandelnden Arztes: _____



Gegen die Durchführung des EMS-Trainings bestehen bei meinem o.g. Patienten aus ärztlicher Sicht keine Bedenken.

Unterschrift Arzt/Datum/Stempel _____