

Ihr Patient Herr/Frau _____ möchte regelmäßig ein EMS-Training (Elektro-Muskel-Stimulation) unter persönlicher Betreuung bei Körperformen Hannover durchführen. Körperformen Hannover gehört zu einer Fitnesskette von mehr als 150 Stützpunkten in D - A - CH. Wir bieten neben dem persönlich betreuten **Muskeltraining mit EMS (und auch im Individuellen ohne EMS)**, ein spezielles **Gesundheitskompetenzzentrum** an.

Hier legen wir den Fokus auf:

Beratung und Coaching

hinsichtlich

- Ernährung
- natürlichen hergest. Vitalstoffen
- Abnehmen
- Entgiften, Entsäuern
- Regenerieren
- EMS-Training bei:
 - Osteoporose
 - Rückenschmerzen
 - Sarkopenie
 - Diabetes
 - Bluthochdruck
 - Figurformen
 - Muskelkräftigung
 - Depressionen
 - Arteriosklerose

Analysen im Bereich

- Stoffwechsel (Spirometrie)
- Herz-Stresslevel (HRV-EKG),
- Körperzusammensetzung
 - Proteinanteil,
 - Wasserhaushalt,
 - Fettanteil/Viszeralfett-Level
 - Mineralienanteil
 - Muskeldysbalancen
- Regeneration (Vitalmonitor HRV-EKG)
- Fitnesslevel (Cardioscan & Vitalmonitor)
- Lebensstil
 - Blutdruck, Bauchumfang
 - Bewegungen und Rauchen

Intervall Höhenttraining zur

Verbesserung der/des

- Regeneration
- Entgiftung
- Energiegewinnung
- Fettstoffwechsels
- Stressresistenz
- Gefäßelastizität und Regulierung des Blutdrucks
- Verbesserung der allgemeinen Durchblutung und Sauerstoffversorgung der Zellen

nur im Studio Kirchrode

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, starkem und krankhaften Übergewicht, Rauschmittelkonsum und Schwangere.

folgendes Krankheitsbild liegt vor: _____

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 _____