

Kontraindikationen für Ihre BIA-Messung

Vorname, Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich vor Durchführung der Bioimpedanz-Analyse mittels mBCA keine der folgenden Kontraindikationen zu erfüllen:

- Herzrhythmusstörungen
- Elektronische Implantate (Herzschrittmacher, Defibrillator o.ä.)
- Tragbare elektronische Medizingeräten (EKG-Geräte, Insulinpumpen o.ä.)
- Aktive Prothesen
- Krämpfe
- Tremor
- Schwangerschaft

Zudem wurde ich ausreichend über die Durchführung, Kontraindikationen und Datenverarbeitung der Bioimpedanz-Analyse mittels mBCA von meiner zuständigen Diätologin aufgeklärt.

Sollten sich die individuellen Kontraindikationen ändern, verständige ich meine zuständige Diätologin selbstständig bei Folgemessungen.

Individuelle Zusätze:

nicht erforderlich siehe Textfeld

Datum, Ort

Unterschrift Klient*in