

# Zuweisung/Empfehlung zur IHHT-Anwendung (Intervall-Hypoxie-Hyperoxie-Training)



## Patient:in

Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Empfohlen durch: \_\_\_\_\_

## Überweisende/r Ärzt:in / Zuweiser:in

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Praxis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

## Anwendungszweck

- Prävention / Gesundheitsvorsorge
- Regeneration / Erholung
- Longevity / Wellness-orientierte Begleitung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Medizinische Hinweise / Einschränkungen

Die Patientin / der Patient ist medizinisch stabil und es bestehen keine akuten Erkrankungen, die gegen eine IHHT-Anwendung sprechen.

Vorbestehende Erkrankungen / relevante Einschränkungen:

---

## Anamnese und Vorbereitung

- Anamnese erfolgt vor Anwendung in der Praxis Richterswil.
- Kontraindikationen oder Besonderheiten werden geprüft.
- Die Anwendung wird individuell angepasst.

## Durchführung

- Dauer, Intensität und Sauerstoffwechsel erfolgen individuell abgestimmt.
  - Anwendung in liegender Position, unter fachlicher Betreuung.
  - Beobachtung und Anpassung durch qualifiziertes Personal während der gesamten Sitzung.
-



## Rechtlicher Hinweis

Die IHHT-Anwendung dient der begleitenden Unterstützung des allgemeinen Wohlbefindens. Sie ersetzt keine ärztliche Diagnose oder Behandlung.

Die Patientin / der Patient wird zur unterstützenden Durchführung einer IHHT-Anwendung vorgestellt. Die Methode erfolgt unter fachlicher Begleitung und dient der Förderung physiologischer Anpassungsprozesse. Sie ersetzt keine medizinische Behandlung.

## Unterschriften

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Einverständnis Patient:in: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Zuweisende/r Ärzt:in oder Therapeut:in: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Fachperson IHHT / Praxis Richterswil: \_\_\_\_\_

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: \_\_\_\_\_

(Bei Kunden unter 18 Jahren, ist das Einverständnis des gesetzlichen Vertreters, mit seiner Unterschrift zu bestätigen!)

---