

Erfassung des Auftretens von unerwünschten Ereignissen und Kontraindikationen durch Foam Rolling: Aufbau einer Datenbank zur fortlaufenden Einzelfallanalyse

Der Mangel an Forschung zu möglichen Kontraindikationen und unerwünschten Ereignissen bezüglich der Foam Rolling Anwendung weist darauf hin, dass Berichte über entsprechende Fallbeispiele fehlen. Exemplarische Fälle von gesundheitlichen Beeinträchtigungen, die durch Foam Rolling verursacht worden sind, könnten bedeutsam für zukünftige kontrollierte Studien sein.

Daher möchten wir Ihnen mit dieser Erhebung die Möglichkeit bieten, solche Fallberichte anonym zu melden und unser Verständnis der spezifischen Risiken im Zusammenhang mit Foam Rolling verbessern.

Falls Sie auf unerwünschte Ereignisse im Zusammenhang mit Foam Rolling gestoßen sind, haben Sie die Möglichkeit, diese mit Hilfe des untenstehenden Dokumentes zu melden.

Schicken Sie das ausgefüllte Dokument bitte an die folgende Mailadresse:

fallberichte@fasciaresearch.net

Erläuterungen zum Datenschutz

Die Berichterstattung ist freiwillig und anonym, außerdem können Sie jederzeit die Teilnahme an der Erhebung abbrechen. Ihre Daten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt, sodass keine Rückschlüsse auf Ihre Person möglich sind.

Informationspflicht nach Art. 13 GD-GVO:

Verantwortliche Stelle / Person:

Name: Dr. Robert Schleip
Straße: Georgenstraße 22
PLZ Ort: 80799 München

Zweck der Verarbeitung:

Erhebung von berufsbezogenen Daten zur statistischen Auswertung für die Erstellung einer Datenbank zur Einzelfallanalyse.

Dauer der Speicherung:

Die erhobenen personenbezogenen Daten werden nach Beendigung des Zweckes datenschutzkonform vernichtet.

Ihre Rechte als betroffene Person:

Sie haben das Recht auf Auskunft über die im Rahmen der Berichterstattung erhobenen personenbezogenen Daten.

Sie haben das Recht sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren. Diesbezüglich wenden Sie sich bitte an den bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz, Postfach 22 12 19, 80502 München.

Zugriff auf die Daten haben folgende Personen:

Dr. Robert Schleip

Katja Bartsch

Dr. Gunda Slomka

Dr. Christoph Egner

Christina Krauss

Sollten Sie bereit und interessiert daran sein, uns weitere Informationen zu Ihrem Fall zukommen zu lassen, würden wir uns freuen von Ihnen zu hören.

Bitte kontaktieren Sie uns auch bei Fragen oder sonstigen Anmerkungen unter der obigen Mailadresse.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Information über Person, die durch Foam Rolling ein unerwünschtes Ereignis erlitten hat (Komplikation)

- Alter 18 - 25
Bitte Zutreffendes ankreuzen. 25 - 35
 35 - 45
 45 - 55
 55 - 65
 65 - 80
 >80

- Geschlecht männlich
Bitte Zutreffendes ankreuzen. weiblich
 divers
 Keine Angabe

Informationen über die Art des Foam Rolling, welches das unerwünschte Ereignis (Komplikation) verursacht hat.

Bitte beschreiben Sie den Sachverhalt im Folgenden so genau wie möglich in den Freitextfeldern.

- In welchem Umfeld und Kontext wurde Foam Rolling angewendet?
Bitte Zutreffendes ankreuzen.
- Kliniken / Rehasentren
 - Physiotherapeutische Praxen
 - Athletiktraining im Leistungssport
 - Athletiktraining im Spitzensport
 - Verein (Breitensport)
 - Fitnessstudio
 - Urlaub
 - Privathaushalt (eigene Anwendung)
 - Sonstiges:

- Mit welchem Ziel wurde Foam Rolling in dem beschriebenen Fall angewendet?
Bitte Zutreffendes ankreuzen.
- Aufwärmen
 - Steigerung der Beweglichkeit
 - Leistungssteigerung
 - Verletzungsprävention
 - Behandlung von Verletzungen
 - Behandlung von Schmerz
 - Behandlung von Verspannung
 - Regeneration
 - Sonstiges:

In welcher Körperregion wurde Foam Rolling angewendet?	
Welche Art von Foam Roll wurde angewendet? (Durchmesser, Härtegrad, ggf. Fabrikat, etc.)	
Wie oft wurde die Foam Roll angewendet (Anwendungen insgesamt)?	
In welcher Frequenz hat die Anwendung der Foam Roll stattgefunden (z.B. Anzahl der Anwendungen pro Woche oder Monat)?	
Wie lang hat eine Anwendung mit der Foam Roll in dem beschriebenen Fall durchschnittlich gedauert (in Minuten pro Körperregion in einer Einzelanwendung)?	
Wurde Foam Rolling intuitiv oder einer Anleitung folgend durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Intuitiv (Selbstständig) <input type="checkbox"/> Anwendung einer Anleitung folgend
Bitte ergänzen Sie weitere Details über die Foam Rolling Techniken, die angewendet wurden (z.B. Erzeugung von Scherkräften, Längsmassage etc.).	

Information über die Komplikation, die durch Foam Rolling verursacht wurde. Bitte beschreiben Sie den Sachverhalt im Folgenden so genau wie möglich in den Freitextfeldern.

<p>Durch wen wurde die aufgetretene Komplikation festgestellt? <i>Bitte Zutreffendes ankreuzen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Betroffene/r selbst <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin (Allgemeinmediziner/in) <input type="checkbox"/> Facharzt / Fachärztin (falls ja, welcher – z.B. Orthopäde/in): <input type="checkbox"/> Physiotherapeut/in <input type="checkbox"/> Coach <input type="checkbox"/> Trainer/in <input type="checkbox"/> Sonstige Personen:
<p>Wurde die Komplikation medizinisch diagnostiziert? <i>Bitte Zutreffendes ankreuzen.</i></p>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Diagnostik (z. B. Ultraschall, MRT, o. Ä.): <input type="checkbox"/> Nein

<p>Bitte wählen Sie die Folgen aus, welche durch die beschriebene Komplikation eingetreten sind.</p> <p><i>Bitte Zutreffendes ankreuzen. Eine Mehrfachnennung ist möglich.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Keine Folgen <input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung <input type="checkbox"/> Ambulante Versorgung <input type="checkbox"/> Arbeitsunfähigkeit <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie viele Tage umfasste die Arbeitsunfähigkeit? <input type="checkbox"/> Mussten sie medikamentös behandelt werden? <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Medikamente wurden eingenommen (z.B. Schmerzmittel, entzündungshemmende Medikamente, o. Ä.)? <input type="checkbox"/> Auswirkung auf das tägliche Leben (z.B. Unterbrechung von Training oder anderen Aktivitäten des täglichen Lebens) <ul style="list-style-type: none"> ○ Wenn ja, welche: <input type="checkbox"/> Andere Folgen:
<p>Wie bewerten Sie persönlich die durch die aufgetretene Komplikation entstandenen Folgen?</p>	
<p>Welche Gründe könnte es für das Auftreten der Komplikation geben?</p>	
<p>Hätte die Komplikation vermieden werden können? Wenn ja, wie?</p>	
<p>Laden Sie, sofern vorhanden, bitte Bilder/Fotos hoch, die die Komplikation dokumentieren.</p> <p>(Stellen Sie sicher, dass keine Personen identifiziert werden können, ggf. Gesichter schwärzen)</p>	