

GESUNDHEITSFRAGEN

Regelmässige physische Bestätigung bedeutet für die meisten Menschen KEIN gesundheitliches Risiko. Bei gesundheitlichen Frage wird jedoch empfohlen vor dem Training ein Arzt zu konsultieren. Um ein möglichst individuelles und auf Sie angepasstes Training zu ermöglichen, bitte ich Sie folgende Fragen zu beantworten.

Name Vorname

Strasse PLZ/Ort

Telefon Privat Telefon Geschäft

Mobile E Mail

Geburtsdatum Beruf

Wie sind Sie auf mich, **origin8**, gestossen?

.....

Was erwarten Sie vom Pilates Training bez Yoga und was möchten Sie erreichen?

.....

Treiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, wie oft? Welchen Sport? ja nein

.....

Haben Sie schon Erfahrung mit Pilates oder Yoga? Wenn ja, wie lange und wo? ja nein

.....

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? Weshalb? ja nein

.....

Hat der Arzt Ihnen die Erlaubnis für Pilates und/oder Yoga erteilt? ja nein

Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? ja nein

.....

Leiden Sie unter:

Rückenschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bandscheibenvorfällen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Nackenproblemen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Verspannungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Arthrose/Reuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Gelenkschmerzen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Asthma/Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Blasenschwäche	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Herzkrankheiten	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beckenbodenproblemen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Stresssymptome/Burnout	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	Knieprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Carpal Tunnel Syndrom	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			

.....

.....

GESUNDHEITSFragen

Bestehen andere Beschwerden oder fühlen Sie sich in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt?

.....

Hatten Sie in letzter Zeit Operationen/Eingriffe? ja nein

.....

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? ja nein
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wann war die letzte Geburt? ja nein

.....

Besteht ein anderer Grund aus eigener Erfahrung oder auf
Ärztlichen Rat, weshalb Sie NICHT regelmässig trainieren sollten? ja nein

.....

Haben Sie eine Unfall- und Krankenversicherung? ja nein

.....

.....



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen ehrlich beantwortet zu haben und verzichte auf jegliche Ansprüche im Schadensfall. Zudem verpflichte ich mich die Kursleiterin über allfällige gesundheitliche Probleme, Operationen und Schwangerschaften zu informieren. Die Daten werden von **origin8** vertraulich behandelt.

Ich habe die Kursordnung gelesen und bin damit einverstanden:

Datum

Unterschrift