



Gesundheitsfragebogen

Name _____

Vorname _____

Adresse _____

PLZ / Ort _____

Beruf _____

Telefon Mobile _____

E-Mail Adresse _____

Krankenkasse KVG & VVG _____

Geburtsdatum _____

Betreiben Sie regelmässig Sport? Wenn ja, was und wie oft in der Woche? ja nein

Haben Sie Erfahrung in Pilates oder Yoga? Wenn ja, wann war das und wie oft? ja nein

Ihre persönlichen Ziele: Was möchten Sie mit Pilates oder/und Yoga erreichen?

Gesundheitsfragen

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung ? Wenn ja, welche Art von Behandlung? ja nein

Hat Ihnen der Arzt die Erlaubnis für Pilates & Yoga erteilt? ja nein

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja welche? ja nein

Leiden Sie unter:

Rückenbeschwerden ja nein

Nackenbeschwerden ja nein

Bandscheibenvorfälle ja nein

Stenose? ja nein

Knieprobleme ja nein

Gelenkproblemen ja nein

Karpaltunnelsyndrom ja nein

Verspannungen ja nein

Stresssymptome / Burnout ja nein

Arthrose / Reuma ja nein

Asthma / Bronchitis ja nein

Allergien, welcher Art? ja nein

Herzerkrankungen ja nein

Bluthochdruck ja nein

Beckenbodenprobleme ja nein

Blasenschwäche ja nein

Bestehen alte Verletzungen oder fühlen Sie sich in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt? ja nein

Hatten Sie Operationen? ja nein

Sind Sie zur Zeit betreffend der oben erwähnten Punkte in Behandlung? ja nein

Wenn ja, welche Art von Behandlung?

Bei Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Voraussichtlicher Geburtstermin?

Bei Rückbildung

Ist es das erste zweite Kind?

oder dritte vierte Kind?

Wann war der Geburtstermin? _____

Hatten Sie eine Spontangeburt? oder einen Kaiserschnitt?

Hatten Sie nach der Geburt Probleme mit dem Beckenboden, z.B. Inkontinenz, Senkung? ja nein

Krankenkasse / Unfallversicherung

Haben Sie eine Unfall- und Krankenversicherung? ja nein

Krankenkasse / Zusatzversicherung:

Unfallversicherung:

Bemerkung

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben und auf jegliche Ansprüche im Schadensfall zu verzichten.
Diese Angaben werden von ORCHID Pilates & Yoga selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ort, Datum:

Unterschrift:
