

Gesundheitsfragebogen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Berufliche Tätigkeit:

Sitzend Stehend Körperlicher Einsatz Andere

Trainieren Sie eine Sportart regelmässig?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Yoga- oder Pilates-Erfahrung?

ja nein

Sind oder waren Sie vor kurzem in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Sind oder waren Sie vor kurzem in physiotherapeutischer Behandlung?

ja nein

Wenn ja, wofür? _____

Mussten Sie sich in den letzten 5-7 Jahren einer Operation unterziehen?

ja nein

Wenn ja, welcher? _____

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche und wogegen? _____

Sind Sie zurzeit

schwanger? am Stillen?

Haben/Hatten Sie Probleme mit dem Beckenboden, z.B. Inkontinenz, Senkung?

ja nein



Ist bei Ihnen einmal eine Herzkrankheit festgestellt worden?

ja nein

Ist Ihr Blutdruck

im normalen Bereich weiss nicht zu hoch zu tief

Sind Sie Diabetiker/In?

ja nein

Leiden Sie an Bronchitis oder Asthma?

ja nein

Wenn ja, unter welchen Bedingungen? _____

Haben Sie aktuell Gelenksprobleme?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie aktuell Rückenprobleme?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Ich besuche den Kurs auf eigene Verantwortung und übernehme die Versicherung,
wie auch die Haftung.

Datum _____

Unterschrift _____

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

