



## GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

Nachname		Vorname	
Strasse/ Nr.		PLZ/ Ort	
Geburtsdatum		Beruf	
Tel P/ Mobile		Tel G	
E-Mail		Krankenkasse	

### ALLGEMEINE FRAGEN

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

Haben Sie Erfahrung mit Pilates? Wenn ja, wann und wie oft? ja  nein

Ihre persönlichen Ziele: Was möchten Sie mit Pilates erreichen?

### GESUNDHEITSFRAGEN

Rückenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Stresssym. / Burnout	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Nackenbeschwerden	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Arthrose / Rheuma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Bandscheibenvorfälle	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Asthma / Bronchitis	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Stenose	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Allergien	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Knieprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Herzerkrankungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Gelenkprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		hoher Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Karpaltunnelsyndrom	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		tiefer Blutdruck	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Verspannungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		Beckenbodenprobleme	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Schwindel	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>					

Sind Sie zur Zeit betreffend der obigen Punkte in Behandlung? Wenn ja, welche Art von Behandlung? ja  nein

Bestehen andere Beschwerden, Verletzungen oder fühlen Sie sich in irgendeiner Art eingeschränkt? ja  nein

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

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren Operationen oder Eingriffe? ja  nein

**FÜR FRAUEN:** Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?

ja  nein

## **BEI RÜCKBILDUNG**

Das wievielte Kind ist es?  erste  zweite

Wann war der Geburtstermin

Spontangeburt ja  nein

Wie verlief die Geburt

Saugglockezeuge, ja  nein

Kaiserschnitt ja  nein

Dammschnitt/ -riss ja  nein

Harn- oder Stuhlprobleme ja  nein

Schmerzen beim Verkehr ja  nein

Nehmen Sie Medikamente ja  nein

hoher Blutdruck ja  nein

tiefer Blutdruck ja  nein

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

Haben Sie noch Ergänzungen, Wünsche? ja  nein

## **BEMERKUNGEN**

Was ist Ihr Trainingsziel?

Haben Sie besondere Wünsche ans Training/ bzw. TrainerIn

ja  nein

Wie oft und wann möchten Sie trainieren?

Eigene Ergänzungen:

ja  nein

Hiermit bestätigen Sie, dass Sie auf eigene Verantwortung im Pilates-Fit by Monica Müller trainieren. Mit der Unterschrift wird den Vertragsbedingungen zugestimmt und das Pilates-Fit vor jeglicher Verantwortung und sämtlicher Schadenersatzforderungen, die durch dieses Training entstehen könnten, befreit.

Hiermit wird bestätigt, dass der Fragebogen gelesen, verstanden und wahrheitsgetreu ausgefüllt wurde.

Diese Angaben werden von Pilates-Fit vertraulich behandelt.

Ort, Datum:

Unterschrift: