



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, wie lange ist es her? ja ☐ nein ☐

Ihre persönlichen Ziele: Was möchten Sie mit Pilates erreichen?

GESUNDHEITSFRAGEN

Rückenbeschwerden	ja ☐	nein ☐		Stresssym. / Burnout	ja ☐	nein ☐	
Nackenbeschwerden	ja ☐	nein ☐		Arthrose / Rheuma	ja ☐	nein ☐	
Bandscheibenvorfälle	ja ☐	nein ☐		Asthma / Bronchitis	ja ☐	nein ☐	
Stenose	ja ☐	nein ☐		Allergien	ja ☐	nein ☐	
Knieprobleme	ja ☐	nein ☐		Herzerkrankungen	ja ☐	nein ☐	
Gelenkprobleme	ja ☐	nein ☐		hoher Blutdruck	ja ☐	nein ☐	
Karpaltunnelsyndrom	ja ☐	nein ☐		tiefer Blutdruck	ja ☐	nein ☐	
Verspannungen	ja ☐	nein ☐		Beckenbodenprobleme	ja ☐	nein ☐	
Schwindel	ja ☐	nein ☐					

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 ☐

Bitte Rückseite auch ausfüllen ➡

BEMERKUNGEN

Haben Sie besondere Wünsche ans Training/ bzw. TrainerIn

ja ☐ nein ☐

Wie oft und wann möchten Sie trainieren?

Eigene Ergänzungen:

ja ☐ nein ☐

FÜR FRAUEN

Besteht eine Schwangerschaft? In welcher Woche?

ja ☐ nein ☐

Nur bei Rückbildung

Das wievielte Kind ist es? ☐ erste ☐ zweite

Wann war der Geburtstermin

Spontangeburt ja ☐ nein ☐

Wie verlief die Geburt

Saugglockenzange, ja ☐ nein ☐

Kaiserschnitt ja ☐ nein ☐

Dammschnitt/-riss ja ☐ nein ☐

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

ja ☐ nein ☐

Haben Sie noch Ergänzungen, Wünsche?

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 ☐

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: