

Gesundheitsfragebogen

Persönliche Angaben

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Beruf	
Raucher	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja

Gesundheitliche Beschwerden/Informationen

Beschwerden bei körperlicher Belastung	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Asthma/Bronchitis/COPD	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Diabetes Typ I/II	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Arthrose/Arthritis	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Blasenschwäche/Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Herz-Kreislauf-Beschwerden (z.B. Bluthochdruck,...)	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Operationen	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Krankheit (Tumor etc. ...)	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____ . Woche <input type="checkbox"/> 1. Kind <input type="checkbox"/> 2. Kind <input type="checkbox"/> 3. Kind <input type="checkbox"/> ____ . Kind Rückbildung nach vorherigen Geburten erfolgt? <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
Geburt* <small>*nur ausfüllen als Teilnehmerin im Rückbildungspilates</small>	<input type="checkbox"/> Spontangeburt / <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt Geburtsverletzungen? <input type="checkbox"/> Dammriss / <input type="checkbox"/> Dammschnitt / <input type="checkbox"/> Sonstige _____ Datum der Geburt: _____ Anzahl Kinder: _____
Stress	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Zurzeit in ärztlicher Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Zurzeit in therapeutischer Behandlung	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____

Gelenkprobleme	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Rückenprobleme	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Herzinfarkt (wann?)	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Schlaganfall (wann?)	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____
Medikamente	<input type="checkbox"/> Nein / <input type="checkbox"/> Ja, _____ _____ _____ _____ _____

Sportliche Betätigung

Wie oft pro Woche treibst du Sport?	
Welche Sportarten?	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit oben gemachter Angaben und verpflichte mich, bei einer Änderung des Gesundheitszustandes die Pilateslehrerin rechtzeitig zu informieren. Die Pilateslehrerin im Gegensatz verpflichtet sich, die Gesundheitsdaten als vertrauenswürdig zu betrachten und stellt sich unter Schweigepflicht. Die Informationen dienen lediglich zur Trainingssicherheit der Teilnehmerin/des Teilnehmers.

Datum

Unterschrift TeilnehmerIn