



Gesundheitsfragen

Regelmässige physische Betätigung bedeutet für die meisten Menschen KEIN gesundheitliches Risiko. Bei gesundheitlichen Fragen empfehlen wir dir, vor dem Training einen Arzt zu konsultieren. Um ein möglichst individuelles und auf dich angepasstes Training zu ermöglichen, bitten wir dich, folgende Fragen zu beantworten.

Alle deine Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht weitergegeben.

Vorname		Name	
Strasse		PLZ, Ort	
Telefon P		Mobile	
Telefon G		E-Mail	
Geburtsdatum		Beruf	
Information	per Mail		per Post

Allgemeine Fragen:

Wie wurdest du auf ve'motion aufmerksam?

- Website
 Freunde
 Walk by
 Postkarte / Flyer

Was erwartest du vom gesundheitsbewussten Training und was willst du erreichen?

Treibst du regelmässig Sport?

- ja nein

Wenn ja: Anzahl Stunden/Woche, Sportart

Hast du schon Erfahrung mit bodyART, Pilates, oder Yoga?

- ja nein

Wenn ja: was / wie lange / Ort

Gesundheitsfragen:

Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung? Weshalb?

- ja nein

Hat der Arzt dir die Erlaubnis fürs Training erteilt?

- ja nein

Nimmst du momentan Medikamente ein?

- ja nein

Leidest du unter:

Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verspannungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bandscheibenvorfällen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nackenproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Carpal Tunnel Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knieprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Arthrose/Rheuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Beckenbodenprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma/Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stresssymptome/Burnout	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Bestehen andere Beschwerden oder fühlst du dich irgendwie eingeschränkt?

Hattest du kürzlich Operationen/Eingriffe?

Für Frauen: Besteht eine Schwangerschaft? Hast du Kinder? Wenn ja, wann war die letzte Geburt?

Besteht ein anderer Grund aus eigener Erfahrung oder auf ärztlichen Rat, weshalb du NICHT regelmässig trainieren solltest?

Hast du eine Unfall- und Krankenversicherung? ja nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen ehrlich beantwortet zu haben und verzichte auf jegliche Ansprüche im Schadensfall. Zudem verpflichte ich mich die Kursleitung über allfällige gesundheitliche Probleme, Operationen und Schwangerschaften zu informieren. Die Daten werden von ve'motion vertraulich behandelt.

Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen gelesen und bin damit einverstanden:

Ort / Datum:

Unterschrift: