



GESUNDHEITSBOGEN

Vorname, Name: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie ein Ziel für das Pilates Training? Was möchten Sie erreichen? Was motiviert Sie?

Allgemein

Berufliche Tätigkeit: Sitzend Stehend Körperlicher Einsatz Andere

Trainieren Sie eine Sportart regelmäßig? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Pilates- oder Yoga-Erfahrung? ja nein

Sind Sie zurzeit ... schwanger? am stillen?

Ärztliche oder therapeutische Behandlung

Sind oder waren Sie vor kurzem in ärztlicher Behandlung? ja nein

Sind oder waren Sie vor kurzem in physiotherapeutischer Behandlung? ja nein

Mussten Sie sich in den letzten drei Jahren einer Operation unterziehen? ja nein

Wenn ja, welcher?: _____

Nehmen Sie... zur Zeit oder regelmäßig Medikamente ein?

Wenn ja, welche und wogegen?

Gesundheitliche Aspekte / Innere Erkrankungen

Blutdruck im normalen Bereich weiß nicht zu hoch zu tief

Herzkrankheit ja nein

Diabetiker/in ja nein

Bronchitis oder Asthma ja nein

Wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Probleme mit dem Beckenboden, z.B. Inkontinenz, Senkung? ja nein

Gesundheitliche Aspekte / Orthopädische Erkrankungen

Haben Sie aktuell ...

Verspannungen? ja nein

Gelenkprobleme? ja nein

Rückenprobleme? ja nein

Haben Sie regelmäßig ...

Spannungskopfschmerzen? ja nein

Migräne? ja nein

Rheumaschübe? ja nein

Haben Sie künstliche Gelenke? ja nein

Wenn ja, welche?: _____

Ich entscheide, inwieweit ich mich auf die angebotenen Kursinhalte einlasse und bin für mich selbst verantwortlich. Mit meiner Teilnahme bestätige ich, dass ich hierzu körperlich in der Lage bin. Im Zweifel werde ich ärztliche Rücksprache zu meinen gesundheitlichen Aspekten halten.

Ort, Datum

Unterschrift