

# Gesundheitsfragebogen

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail Adresse:

Geburtsdatum:

Was ist Ihre tägliche Tätigkeit: Sitzend      stehend      Körperlicher Einsatz      Andere

Betreiben Sie regelmässig Sport? Wenn; Ja, welche Sportart und wie oft?

Haben Sie Erfahrung in der Pilates Methode? Wie oft besuchen Sie Stunden und wann war das letzte Mal?

Ziele durch das Training? Was möchten Sie erreichen, wie oft möchten Sie Pilates praktizieren?

## **Gesundheit:**

Sind Sie momentan in aertzlicher Behandlung?

Welcher Art?

Hat Ihr Arzt Ihnen die Erlaubnis gegeben Pilates zu praktizieren?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Welche?

Leiden Sie unter:

Fühlen Sie sich in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt?

Hatten Sie Operationen? Wie lange her?

Sind sie zur Zeit betreffend der oben erwähnten Punkten in Behandlung?  
Welche Art von Behandlung?

Leiden Sie unter:

**Rückenbeschwerden?**

Ja / Nein

Halswirbelsäule

Brustwirbelsäule

Lendenwirbelsäule

Bandscheibenvorfall

Gleitwirbel

Schleudertrauma

Iliosakralgelenk

**Gelenkbeschwerden?**

Ja / Nein

Arthritis/Arthrose

Hüfte

Schulter

Hand

Fuss

Knie

Ellenbogen

Operationen?

Falls Ja, Welche

Karpaltunnelsyndrom

Verspannungen

Stresssymptome

Rheuma

Asthma/Bronchitis

Allergien

Ja, Welche?

Herzerkrankung

Blutdruck:      Hoch                  Normal                  Tief

Beckenbodenprobleme

Blasenschwäche



## Schwangerschaft und Rückbildung

Besteht eine Schwangerschaft?

---

Voraussichtlicher Geburtstermin?

---

1. Kind oder weiteres Kind

---

Wann war die Geburt?

---

Spontangeburt oder Kaiserschnitt?

---

Hatten Sie nach der Geburt Probleme mit dem Beckenboden (Inkontinenz, Senkung), Narbe ?

---

---

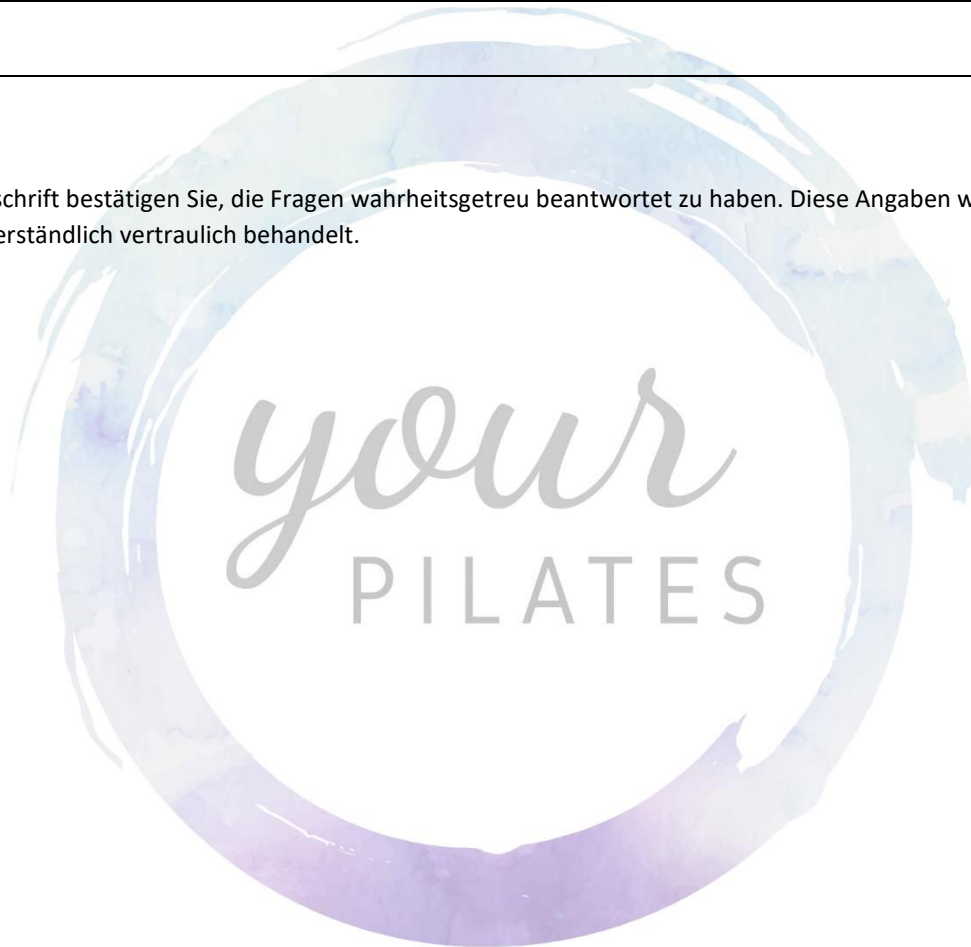
Bemerkung:

---

---

---

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet zu haben. Diese Angaben werden von YOUR PILATES selbstverständlich vertraulich behandelt.



Ort, Datum

---

Unterschrift

---