

Name _____

Datum _____

Gesundheitfragebogen

- ja nein 1. **Hat Ihr Arzt Ihnen jemals gesagt, Sie hätten ein Herz-, Lungen-, oder ein Blutdruckproblem und sollten körperliche Aktivität nur auf ärztliche Empfehlung betreiben?**
- ja nein 2. Haben Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich körperlich anstrengen ?
- ja nein 3. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen in der Brust, ohne sich körperlich anzustrengen?
- ja nein 4. Ist Ihnen manchmal schwindelig, oder haben Sie plötzliche Bewusstseinsausfälle ?
- ja nein 5. Haben Sie ein Problem mit dem Bewegungsapparat, das durch körperliche Aktivität verschlimmert werden könnte (z.B. Rücken, Knie, Schulter) ?
- ja nein 6. Müssen Sie regelmässig Medikamente einnehmen?
- ja nein 7. Hatten Sie vor weniger als 6 Monaten eine Geburt ?
- ja nein 8. Gibt es einen anderen Grund, warum Sie kein körperliches Training absolvieren sollten ?

Bitte, notieren Sie die körperlichen Beschwerden, welche Sie eventuell beeinträchtigen.

Haftung

Ich bin für meinen Körper verantwortlich und respektiere seine Grenzen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass Pilates - Übungen gewisse natürliche Verletzungsrisiken bergen. Ich verpflichte mich, die Übungen gemäss den Anleitungen der Trainerin auszuführen und ihren Empfehlungen zu folgen. Ich nehme freiwillig an den genannten Aktivitäten teil und werde bei einer durch die Ausübung von Pilates erfolgten Verletzung weder finanzielle, noch rechtliche Ansprüche gegenüber der Kursleitung erheben.

Im Falle eines Unfalls werde ich auf meine Haftpflichtversicherung zurückgreifen

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt habe und akzeptiere, dass es in meiner Verantwortung liegt, Änderungen meines Gesundheitszustandes Pilates-Forme mitzuteilen.

Unterschrift: _____ Datum: _____