



Flowing Balance

Gesundheitsbogen

Datum/1. Training/Vermerk _____

Vor- & Nachname _____

Alter/Geburtsdatum _____

Telefonnummer & Mailadresse _____

Allgemeines

Haben Sie bereits Erfahrung mit

Pilates Yoga DoBAR Medical Stretching®?

Wenn ja, wann und wo?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat Sie empfohlen?

Zum Gesundheitszustand

Erkrankung(en) Schmerzen des Bewegungsapparates ja nein

Rücken/Nacken Knie Schultern Hüfte Füße/Hände

Bandscheibenvorfall/-protrusion (HWS/BWS/LWS) Osteoporose

Arthrosen/Verschleiß

Erkrankung(en) des Herz-Kreislaufsystems oder sonstige Erkrankungen

ja nein

Bluthochdruck Diabetes Herzinsuffizienz/Herzinfarkt/Schlaganfall

Asthma

Wurden Sie kürzlich operiert oder liegen Einschränkungen (Narben) aufgrund von Operationen vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Einnahmen von Medikamenten über derer die Kursleitung informiert sein sollte

ja nein

Wenn ja, welche? _____

An werdende Mütter und junge Mütter ja nein

zur Zeit schwanger (in der _____ Schwangerschaftswoche)

nach der Schwangerschaft: Geburt(en)/Geburtstermin(e) _____

Rückbildung abgeschlossen ja nein

gesundheitliche Beschwerden/Besonderheiten vor, während und nach der/den Schwangerschaften:

Erklärung

Mit Unterschrift bestätigt der/die Teilnehmende die eigenverantwortliche Teilnahme am Unterricht, sowie den Verzicht auf sämtliche Haftungsansprüche. Der/die Teilnehmende trägt volle Verantwortung für sich und seine Handlungen. Das Flowing Balance haftet für eine ordnungsgemäße Funktion der zur Verfügung gestellten Hilfsmittel und Einrichtungsgegenstände. Wir haften nicht für Unfälle und Gesundheitsschäden, die Sie selbst verschulden. Für mitgebrachte Kleidung, Hilfsmittel und Wertgegenstände übernehmen wir keine Haftung.

Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben zu meinem Gesundheitszustand richtig und vollständig sind. Ich nutze das Angebot auf eigene Verantwortung.

Ich habe die gedruckten Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen, insbesondere zu meinen Gesundheitsdaten, und willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu den genannten Zwecken ein.

Dortmund, Datum _____ Unterschrift Kunde _____