

Bitte beachten Sie unsere verbindlichen Regeln zu Nachholterminen:

- Die gesamte Kursorganisation läuft online über unseren Shop, eine manuelle Nachtragemöglichkeit gibt es nicht. Ihr könnt auch die APP nutzen.
- Gutschrift des Credits bei Stornierung des Termins, aus welchen Gründen auch immer, erfolgt nur, wenn min. 24 Stunden vorher online storniert wurde. .
- Mit Pilates Credits kann kein TRX Kurs besucht werden. Andersrum aber schon.

Kontaktdaten: (bitte deutlich schreiben!)

Name:

Straße, H-Nr.:

Email:

Beruf:

Geb.dat.

Vorname:

PLZ, Ort:

Telefon/Handy:

Krankenkasse:

Trainingszustand

Wie oft treiben Sie Sport pro Woche? gar nicht 1-2x 3-4 und mehr

Haben Sie Pilateserfahrungen? ja nein

Wenn ja, auf welchem Niveau? Anfänger Mittelstufe Fortgeschritten

Bei wem trainieren oder trainierten Sie Pilates?

Sind Sie selbst TrainerIN oder ÜbungsleiterIN? ja nein

Trainingsziel

Bitte kreuzen Sie an und beschreiben Sie kurz Ihr persönliches Trainingsziel.

Ästhetisches Ziel: Gesundheitliches Ziel: Professionelles Ziel:

Platz für weitere Ziele:

Krankengeschichte

Leiden oder litten Sie unter einer/mehreren der folgenden Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenprobleme | <input type="checkbox"/> Hals/Nackenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schulterprobleme | <input type="checkbox"/> Knieprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> ich bin Raucher |
| <input type="checkbox"/> ich bin Schwanger | wann war die letzte Entbindung? _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfällen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Rückenmarksverletzungen |
| <input type="checkbox"/> ich bin arbeitsunfähig | <input type="checkbox"/> Sportverbot durch Arzt |

Falls Sie einen der oben genannten Punkte mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte genauere Angaben zur Diagnose, Behandlung und Ergebnis:

Ich habe andere medizinische Probleme. Bitte erläutern Sie:

Ich wurde innerhalb der letzten 2 Jahre operiert. Bitte erläutern Sie:

Haben Sie irgendwelche körperlichen Beschwerden, die Ihre Teilnahmefähigkeit am Training einschränken könnten?

Hiermit bestätige ich diesen Kontakt- und Anamnesebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und verspreche sportellements Sylvie Richter bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert zu informieren. Die Teilnahme am Kurs erfolgt auf eigene Gefahr und unter Akzeptanz der Nachholeregeln.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Pilateszentrum Dresden
sportellements Sylvie Richter
Hüblerstraße 55 in 01309 Dresden

kontakt@sportellements.de