



Yoga Namasté

YOGA (UND KREBS-) LEHRERIN · ATEMTRAINERIN · FITNESSTRAINERIN

Klienten-Fragebogen

Name, Vorname:	Telefon:
Strasse, Nr.:	Mobil-Nr:
PLZ, Ort:	Geburtsdatum:
Beruf:	Email:

Grund des Besuchs:

Gesundheit stärken Entspannung Andere Erwartungen _____

Vorkenntnisse im Yoga: Ja Nein

Sonstiges:

Zutreffende Krankheiten bitte ankreuzen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen & Krampfadern | <input type="checkbox"/> Entzündungen |
| <input type="checkbox"/> Krebs | <input type="checkbox"/> Operationen |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen | <input type="checkbox"/> Offene Wunden / Schnitte |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Menstruation |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke | <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| <input type="checkbox"/> Arthrose | |

Falls Sie eine oder mehrere Krankheiten angekreuzt haben:

Wie lange ist die Diagnose her? _____

Wie ist der Therapiestatus? _____

Liegen z.Zt. akute Schmerzen oder sonstige Beeinträchtigungen vor – falls ja, welche?

Nein Ja, folgende: _____

Sind Sie z.Zt. in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung, bzw. nehmen Sie aktuell Medikamente?

Nein, keine Behandlung Ja, folgende Medikamente: _____

Was ist zu berücksichtigen?

Nebenwirkungen: _____

Port

Stoma

Sollte sich der gesundheitliche Zustand ändern oder die Teilnehmerin schwanger werden, sollte der/die Yogalehrer/in unbedingt sofort informiert werden.

Sind Sie schwanger?

Nein Ja, voraussichtlicher Geburtstermin: _____

Wichtiger Hinweis:

Bitte klären Sie vor Beginn der Yogastunden mit ihrem behandelnden Arzt ab, ob Yoga ausgeübt werden kann.

Sie üben Yoga auf eigene Verantwortung aus.

Datum, Ort

Unterschrift