

Personalien-/Gesundheitsfragebogen

1. Personalien

Name		Vorname	
Strasse		PLZ/Ort	
Telefon Nr.		Emailadresse	
Mobiltel. Nr.		Geburtstag	
Beruf		Krankenkasse	
AHV Nr.		KK Nr.	

Haben Sie bereits Erfahrung mit Pilates? Nein Ja, seit wann?

Bewegen Sie sich regelmässig? Nein Ja/was?

Haben Sie einen bestimmten Wunsch an das Pilates-Training?

2. Allgemeine Einschränkungen

Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung?

- Wenn ja, welche Art von Behandlung? Betrifft die Behandlung das Training?
-

Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

- Wenn ja, welche?
-

Haben Sie eine diagnostizierte Diskushernie u./o. Stenose u./o. Spondylolisthesis?

- Wenn ja, welche Wirbel sind betroffen?
-

Haben Sie künstliche Gelenke?

- Wenn ja, welche?
-

Wurde bei Ihnen eine Osteopenie/Osteoporose diagnostiziert?

Haben Sie Rheuma oder Arthrose?

Leiden Sie aktuell unter anderen Gelenkbeschwerden? (z.Bsp: Impingement-, Karpaltunnel-Syndrom, Frozen Shoulder usw.)

Liegt bei Ihnen ein Glaukom (grüner Star) vor?

Haben Sie Asthma?

Leiden Sie unter einer Blasenschwäche?

Besteht bei Ihnen eine Herzerkrankung?

- Wenn ja, welche?
-

Haben Sie Blutdruckprobleme?

Besteht eine alte Verletzung, die Sie einschränkt?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja wann und welche?

Leiden Sie unter Stresssymptomen?

3. Schwangerschaft

In welcher SS-Woche sind Sie bei Kursbeginn?

Hatten Sie bis jetzt Beschwerden während der Schwangerschaft?

- Wenn ja, welche?
-

4. Rückbildung

Vor wie vielen Wochen haben Sie geboren?

War es die erste Geburt?

- Wenn nein, die wievielte?
-

Hatten Sie eine Spontangeburt oder einen Kaiserschnitt?

Kam es bei der Geburt zu einem Dammriss oder einem Dammschnitt?

Hat Ihre gynäkologische Fachperson eine mögliche Rectus Diastase überprüft?

Datum:

Unterschrift:

Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko. Versicherung ist Sache der Teilnehmerin.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Korrektheit der angegebenen Daten. Ich bestätige, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriff auf die Daten durch meine Therapeutin und deren Hilfspersonen, sowie der Weitergabe der Daten an Dritte (Krankenkasse, behandelnde Ärzte und Therapeuten sowie an der Behandlung beteiligter Dritter) einverstanden bin.

Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personaldaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Therapeutin und mir als Patient/in über die oben angegebenen Kontaktinformationen. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen, wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail oder über die üblichen Nachrichtendienste erfolgen.