www.pilates4all.ch

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

Haben Sie Rückenschmerzen?
- Wurden diese Rückenschmerzen abgeklärt/besteht eine Diagnose?

Haben Sie Gelenkschmerzen (Knie-, Hüft-, Schulter-, Handgelenk)?
- Besteht eine Diagnose?

Haben Sie Osteoporose?

Haben Sie Asthma?

Sind Sie schwanger?

Leiden Sie unter einer Blasenschwäche?

Haben Sie Blutdruckprobleme?

Hatten Sie Operationen? Wenn ja wann und welche?

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.