

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

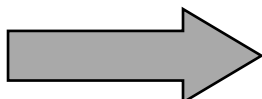
Datum: \_\_\_\_\_

## Gesundheitsfragebogen

Bitte füllen Sie vor Beginn der Aktivität untenstehenden Fragebogen aus, um sicher zu stellen, dass Sie körperliche Aktivität gut vertragen. Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen Ihrer Trainerin vor Klassenbeginn ab, vielen Dank!

- |                             |                               |   |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 1. Hat Ihr Arzt Ihnen jemals gesagt, Sie hätten ein Herzproblem und sollten körperliche Aktivität nur auf ärztliche Empfehlung betreiben?     |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 2. Haben Sie Schmerzen in der Brust wenn Sie sich körperlich anstrengen?  |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 3. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Schmerzen in der Brust ohne sich körperlich anzustrengen?  |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 4. Ist Ihnen manchmal schwindelig oder haben Sie plötzliche Bewusstseinsausfälle?   |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 5. Haben Sie ein Problem mit dem Bewegungsapparat, das durch körperliche Aktivität verschlimmert werden könnte (z.B. Rücken, Knie, Schulter)? |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 6. Nehmen Sie Medikamente gegen hohen Blutdruck oder andere Gefäss- und/oder Herzprobleme?  |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 7. Hatten Sie vor weniger als 6 Monaten eine Geburt?  |
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | 8. Gibt es einen anderen Grund, warum Sie kein körperliches Training absolvieren sollten?   |

Name Trainerin \_\_\_\_\_ Visum \_\_\_\_\_



**NEIN** zu allen Fragen: Sie können in ein Aktivitätsprogramm direkt einsteigen, ausser bei momentaner Krankheit. Bei Schwangerschaft sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt.



**JA** zu einer oder mehreren Frage: Bitte besprechen Sie mit uns das weitere Vorgehen; um Ihre körperliche Aktivität sicher zu gestalten bedarf es evtl. weiterer Abklärungen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich diesen Fragebogen nach bestem Wissen ausgefüllt habe und akzeptiere, dass es in meiner Verantwortung liegt, Änderungen in meinem Gesundheitszustand LOOPS. Pilates mitzuteilen.

Unterschrift, Datum \_\_\_\_\_

## Haftungsverzicht

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass mir bewusst ist, dass Pilates und ähnliche Übungen gewisse natürliche Verletzungsrisiken bergen. Ich verpflichte mich, die Übungen gemäss den Anleitungen der Trainerin auszuführen und ihren Empfehlungen zu folgen. Ich nehme freiwillig an den genannten Aktivitäten teil und verzichte auf alle Ansprüche, die mir durch Verletzungen durch Mitarbeiterinnen von LOOPS. Pilates und/oder Material entstehen könnten. Versicherung in der Sache der KursteilnehmerInnen.

Unterschrift, Datum \_\_\_\_\_