

## Gesundheitsfragebogen

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Trainierst du eine Sportart regelmässig?    Nein    Ja

Hast du Yogaerfahrung?    Nein    Ja

Hast du Beschwerden am Bewegungsapparat (Gelenke, Rücken), wenn ja welche?    Nein    Ja

Hattest du bereits Operationen?    Nein    Ja

Leidest du an einer Erkrankung?    Nein    Ja

Bist oder warst du vor kurzen im physiotherapeutischer Behandlung?    Nein    Ja

Nimmst du regelmässig Medikamente ein?    Nein    Ja

Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?    Nein    Ja

Ist bei dir eine Herzerkrankung festgestellt worden?    Nein    Ja

Ist dein Blutdruck    normal    zu tief    zu hoch?

Bist du Diabetiker?    Nein    Ja

Ich besuche den Kurs auf eigene Verantwortung und übernehme die Verantwortung wie auch die Haftung.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_