

Fragebogen Rückbildung

Name: _____

Geburtstag: _____

Vorname: _____

Telefon: _____

Strasse: _____

E-Mail: _____

PLZ / Ort: _____

Beruf: _____

Geburtsstermin des Kindes

Hast du weitere Kinder? Bitte teil uns die Details mit:

Natürliche Geburten in den Jahren

Kaiserschnitt in den Jahren

Leidest du unter

Nachgeburtliche Symphysen-Schwäche (Schmerzen in der Region des Schambeines)

Falls ja, bitte Intensität von 1 bis 10 angeben:

Rückenbeschwerden | Falls ja, in welcher Region?

Schultern- / Nackenbeschwerden | Falls ja, in welcher Region?

Beschwerden mit Narben (Dammschnitt / -riss / Kaiserschnitt) | Falls ja, inwiefern?

Erschöpfung, depressive Verstimmung? (Appetitlos, freudlos, leer...) | Falls ja, inwiefern?

Inkontinenz

andere

Das ist mein Ziel in diesem Rückbildungskurs

Bemerkungen

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

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____