

## 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: \_\_\_\_\_