

# Gesundheitsfragebogen für die Teilnahme



KURS: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_

Erkrankungen am Bewegungsapparat:

Knie  Hüfte  Schulter  Wirbelsäule  Bandscheiben

Erkrankung des Herzkreislaufsystems

Ja  Nein Wie ist dein Blutdruck durchschnittlich? \_\_\_\_\_

Nimmst du derzeit Medikamente:  Ja  Nein Welche? \_\_\_\_\_

Hast du Schmerzen:  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Sportliche Aktivitäten  Ja  Nein \_\_\_\_\_

Wie fühlt sich dein Beckenboden auf einer Skala von 1 – 10 (1 schlecht – 10 sehr gut) \_\_\_\_\_

Hast du noch einen Bauchspalt (=Rektusdiastase)?  Ja  Nein  Keine Ahnung

Zu Beginn des Kurses testet deine Trainerin gern: \_\_\_\_\_

Hast du einen Rückbildungskurs besucht?  Ja bei der Hebamme: \_\_\_\_\_  Nein

\_\_\_\_\_ Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Anzahl der Entbindung(en)

spontan oder Kaiserschnitt / Geburtsdaten: \_\_\_\_\_

Sonstiges wichtiges was ich wissen sollte oder persönliche Wünsche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass alle oben genannten Gesundheitsfragen richtig beantwortet wurden und ich mich gesundheitlich in der Lage fühle am Kurs teilzunehmen. Das Training findet auf eigene Verantwortung statt. Die Haftung für Verletzungen und Schäden aller Art während der Trainingseinheit liegt ausschließlich beim Teilnehmer selbst. Keine Haftung für Garderobe.**

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift