



Gesundheitsbogen

Ich habe die gedruckten Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen, insbesondere zu meinen Gesundheitsdaten, und willige in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten zu den genannten Zwecken ein.

Herzlich willkommen im Pilates Zentrum Münster. Wir freuen uns, dass Sie zu uns gekommen sind. Bevor Sie unser Angebot nutzen, möchten wir Sie bitten, unseren Fragebogen auszufüllen.

Datum/1. Training/Vermerk _____

Vor- & Nachname _____

Geburtsdatum & Alter _____

Telefonnummer & Mailadresse _____

Allgemeines

Haben Sie bereits Erfahrung mit Pilates? Wenn ja, wann und wo? _____

Welchen Sport haben Sie bisher betrieben? _____

Welche Erwartungen und Ziele haben Sie an das Pilatetraining? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Wer hat Sie empfohlen? _____

Zum Gesundheitszustand _____

Erkrankung(en)/Schmerzen des Bewegungsapparates

ja nein

Rücken/Nacken Knie Schultern Hüfte Füße/Hände

Bandscheibenvorfall/-protusion (HWS/BWS/LWS)

Arthrosen/Verschleiß _____ Osteoporose

Beschreiben Sie bei Bedarf genauer _____

