Gesundheitsbogen

Datum/1. Training/Vermerk _____

Vor- & Nachname _____

Alter/Geburtsdatum _____

Telefonnummer & Mailadresse _____

Allgemeines

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

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) ◯ Osteoporose ◯ Arthrosen/Verschleiß

Erkrankung(en) des Herz-Kreislaufsystems oder sonstige Erkrankungen ◯ ja ◯ nein

◯ Bluthochdruck ◯ Diabetes ◯ Herzinsuffizienz/Herzinfarkt/Schlaganfall ◯ Asthma

Wurden Sie kürzlich operiert oder liegen Einschränkungen (Narben) aufgrund von Operationen vor? ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, welche? _____

Einnahme von Medikamenten über derer die Kursleitung informiert sein sollte ◯ ja ◯ nein

Wenn ja, welche? _____

An werdende Mütter und junge Mütter ◯ ja ◯ nein

◯ zur Zeit schwanger (in der _____ Schwangerschaftswoche)

◯ nach der Schwangerschaft: Geburt(en)/Geburtstermin(e) _____

Rückbildung abgeschlossen ◯ ja ◯ nein

◯ gesundheitliche Beschwerden/Besonderheiten vor, während und nach der/den Schwangerschaften:

_____

Erklärung

Mit Unterschrift bestätigt der/die Teilnehmerin die eigenverantwortliche Teilnahme am Unterricht, sowie den Verzicht auf sämtliche Haftungsansprüche. Der Teilnehmer trägt volle Verantwortung für sich und seine Handlungen Das Pilates Zentrum Münster haftet für eine ordnungsgemäße Funktion der zur Verfügung gestellten Hilfsmittel und Einrichtungsgegenstände. Wir haften nicht für Unfälle und Gesundheitsschäden, die Sie selbst verschulden. Für mitgebrachte Kleidung, Hilfsmittel und Wertgegenstände übernehmen wir keine Haftung.

☐ **Hiermit erkläre ich, dass meine Angaben zu meinem Gesundheitszustand richtig und vollständig sind. Ich nutze das Angebot auf eigene Verantwortung.**

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

Münster, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Anmeldung

Vor- & Nachname _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Hiermit melde ich mich für folgende Angebote im PZM erstmalig an:

◯ **Gruppenkurs/e** _____

◯ **Personal Training** _____

Die Kursgebühr/Schnupperstunde/10er-Karte/Einsteigerpaket PT von _____ Euro kann entweder per Überweisung auf das unten folgende Konto überwiesen werden (Bitte Namen und Kurs angeben) oder im Studio vor Ort per EC-Karte bezahlt werden.

Pilates Zentrum Münster
Sparkasse Münsterland Ost
IBAN DE14 400 501 50 0034 360 214

Erklärung

Meine Angaben zum aktuellen Gesundheitszustand habe ich gewissenhaft ausgefüllt. Bei etwaigen Beschwerden werde ich das PZM informieren und mich gegebenenfalls mit meinem Arzt in Verbindung setzen. Das Training erfolgt auf meine eigene Verantwortung. Ich habe die AGB und Regeln gelesen und akzeptiere die dort genannten Bedingungen. Für alle in der Zukunft gekauften und verlängerten 10er Karten oder Einzeltrainings gilt diese unterschriebene Erklärung weiterhin.

☐ **Ich habe soeben die AGB und Regeln in schriftlicher Form erhalten.**

☐ **Ich akzeptiere den Erhalt des Studionewsletters als wichtiges Mittel zur Kommunikation und Information.**

Münster, Datum _____ Unterschrift Kunde _____

Unterschrift PZM _____