

Gesundheitsformular / Health Check Form

Das Gesundheitsformular dient zur Abschätzung eines gesundheitlichen Risikos beim Pilates-Training und zur individuellen Anpassung des Trainingsprogramms an Ihre körperlichen Voraussetzungen. Wir bitten Sie deshalb in Ihrem eigenen Interesse, die nachstehenden Fragen wahrheitsgemäss zu beantworten. Ihre Daten werden wir absolut vertraulich im Sinne der datenschutzrechtlichen Bestimmungen behandeln.

Name: Vorname:

Strasse: PLZ / Ort:

Mobile: E-Mail:

Geburtsdatum: Beruf:

Was hat Sie dazu motiviert, einen Termin mit mir zu vereinbaren?

.....
.....
.....

Aus welchen Gründen wollen Sie dies ändern?

.....
.....
.....

Was erhoffen Sie sich vom Pilates-Training?

.....
.....
.....

Was würde es für Sie bedeuten, die genannten Ziele zu erreichen?

.....
.....
.....

Gesundheitliche Fragen

Bitte erwähnen Sie allfällige vergangene Verletzungen / Operationen / Beschwerden infolge Operationen / Beschwerden allg.

.....
.....
.....

Leiden Sie derzeit oder haben Sie unter Folgendem gelitten (bitte Zutreffendes umkreisen)?

Schlaganfall	Hoher/tiefer Blutdruck	Herzprobleme	Epilepsie	Osteoporose
Hernia	Asthma / Bronchitis	Blasenschwäche	Krebs	Athritis

Bei Medikament-Einnahmen sowie einer aktuellen, ärztlichen Behandlung können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? Ja Nein

Besteht eine Schwangerschaft Ja Nein (voraussichtliche Geburtstermin?

Haben Sie bereits Kinder? Ja Nein (letzte Geburtstermin/e?

Welche Sportarten / Fitness / Aktivitäten machen Sie sonst?

.....

Haftungsausschlusserklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich an den Trainingsprogrammen von Body Props Pilates GmbH freiwillig, auf eigene Verantwortung und auf eigenes Risiko teilnehme.

Ich erkläre hiermit, dass ich gesund bin und von mir, wie auch aus ärztlicher Sicht, keine Bedenken gegen die Ausübung von Pilates- und Fitnessstraining bestehen.

Ich fühle mich körperlich und geistig gesund und verpflichte mich, sowohl den Fragebogen nach meinem Gesundheitszustand wahrheitsgemäss und vollständig auszufüllen, als auch über alle mir bekannten Krankheiten selbstständig Auskunft zu erteilen. Ich versichere, dass ich alle Fragen wahrheitsgemäss und vollständig beantwortet habe.

Mit ist bewusst, dass das falsche Beantworten bzw. das Verschweigen von Krankheiten und ein daraus unter Umständen resultierender falscher Trainingseinsatz gravierende Auswirkungen auf meine Gesundheit und mein körperliches Wohlbefinden haben kann.

Falls es meine körperlichen Voraussetzungen erfordern, werde ich mir von meinem Hausarzt ein entsprechendes Gutachten für eine Trainingsaufnahme ausstellen lassen und vor Trainingsbeginn Body Props Pilates GmbH unaufgefordert vorlegen.

Ich versichere physisch wie psychisch geeignet zu sein, uneingeschränkt Fitness Training ausüben zu können.

Bei plötzlichen Befindlichkeitsänderungen wie Schwindel, Schmerz, Übelkeit, Herzrasen oder ähnlichem, werde ich sofort Body Props Pilates GmbH informieren und gegebenenfalls das Training abbrechen.

Mit ist bekannt, dass ich mit der Ausübung der von mir gewünschten Trainingsweise die einhergehenden allgemeinen Risiken selbst zu tragen und für die daraus entstehenden Sach- und Personenschäden grundsätzlich selbst aufzukommen habe.

Ein Anspruch auf Schmerzgeld und auf Ersatz für Schäden aus der Verletzung des Lebens, Körpers oder der Gesundheitsschäden gleich aus welchem Rechtsgrund ist, ausgenommen in Fällen von Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit, ausgeschlossen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit der obenstehenden Angaben.

Ich bestätige weiterhin, dass ich die AGBs (verfügbar auf der Body Props Pilates Website) und die Haftungsausschlusserklärung sorgfältig gelesen und akzeptiere.

Ort, Datum: _____

Vorname und Name (in Blockschrift): _____

Unterschrift des Klienten: _____

Unterschrift Body Props Pilates GmbH: _____

