

Studio ONE TO ONE Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname: _____

Strasse, PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Krankenkasse: _____

E-Mail: _____

Mobile Nr.: _____

Berufliche Tätigkeit: _____

Hobbies: _____

Wann und wie kam dein Kind zur Welt?: _____

Hattest du einen Dammriss oder Dammschnitt? Nein Ja

Hast du davon Schmerzen? Nein Ja

Hast du Beschwerden durch die Geburt? Nein Ja , welche? _____

Hast du Rückenschmerzen? Nein Ja

Leidest du an Hämorrhoiden? Nein Ja

Hast du Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Nein Ja

Leidest du an Inkontinenz? Nein Ja , wann? Husten / Niesen Lasten heben

Vor dem Toilettengang Urin schlecht zurückhalten Anderes: _____

Stillst du? Nein Ja

Hast du vor der Geburt regelmässig körperliche Aktivität betrieben? Nein Ja , was? _____

Wie stufst du zurzeit dein allgemeines Wohlbefinden ein?

Fabelhaft Grundsätzlich gut Eher schlecht Miserabel

Wie ist dein momentanes Stressempfinden?

Völlig entspannt 50/50 Eher gestresst Total gestresst

Allgemein gesundheitliche Probleme? Nein Ja , welche? _____

Nimmst du regelmässig Medikamente ein? Nein Ja , welche? _____

Kannst du vom Arzt / Therapeut aus ohne Risiko trainieren? Ja Nein , weshalb? _____

Wie hast du vom Studio ONE TO ONE erfahren? _____

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung im Studio ONE TO ONE trainiere. Mit dieser Bestätigung befreie ich das Studio ONE TO ONE von jeglichen Schadenersatzforderungen.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____