



Gesundheitsfragebogen

Kundennummer		Geschlecht	<input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> M
Name		Vorname	
Strasse / Nr.		PLZ / Ort	
Geb.Datum		E-Mail	
Natel:		Privat / Geschäft	
Krankenkasse		Hausarzt	
Körpergewicht		Körpergrösse	
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?	<input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Bern-Ost Webportal <input type="checkbox"/> Internet Website	Empfohlen durch Mitglied?	

Berufliche Tätigkeit	<input type="checkbox"/> Sitzend wenig Bewegung <input type="checkbox"/> stehend <input type="checkbox"/> viel Bewegung		
Treiben sie Sport?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja / welchen	wie oft pro Woche ? Mal
Wie lange überlegen Sie sich schon ins Fitness zu gehen	<input type="checkbox"/> 1-3Monate	<input type="checkbox"/> 6-12 Monate	<input type="checkbox"/> kurz entschlossen
Wie oft wollen Sie pro Woche ins Training gehen	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 2-4x	Können Sie selbst entscheiden, eine Fitnessmitgliedschaft zu lösen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gesundheit Fragen:

Leiden Sie unter Bluthochdruck? Nehmen Sie dafür Medikamente	Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben oder hatten Sie Herz- oder Kreislaufprobleme?	Wenn ja. Welcher Art?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Implantate, Herzschrittmacher oder Stents die jünger als 6 Mt. sind	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente ein (<input type="checkbox"/> aktuell / <input type="checkbox"/> generell)?	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter REUMA?	Wenn ja, welche Körperregionen sind betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter <input type="radio"/> ARTROSE <input type="radio"/> ARTRITIS <input type="radio"/> OSTEOPOROSE	Wie stark ist diese bei Ihnen? welche Körperregionen sind betroffen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Gelenkprobleme? Wenn ja welche Art?	Wenn ja, in welchen? <input type="checkbox"/> Schulter <input type="checkbox"/> Ellbogen <input type="checkbox"/> Handgelenk <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> Fuss	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	Wenn ja, welcher Art? <input type="checkbox"/> Verspannungen <input type="checkbox"/> Muskelschmerzen <input type="checkbox"/> Blockaden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein



Gesundheitsfragebogen

Haben oder hatten Sie einmal ein Schleudertrauma?	Wenn ja, wann und wo? Datum: <input type="checkbox"/> HWS <input type="checkbox"/> BWS	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leiden Sie unter Atemweg Beschwerden?	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ABSOLUTE KONTRAINDIKATIONEN FÜR POWER PLATE TRAINING		
akute Thrombose		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
frische Wunden sowie Operationen, die weniger als 6-8 Wochen her sind		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Spirale		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hirnschrittmacher		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
RELATIVE KONTRAINDIKATIONEN FÜR POWER PLATE TRAINING		
Dreh-, Lagerungsschwindel, Bewegungskinetosen (Flug- Reisekrankheit)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arthrose		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tumore		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Chemo- oder ähnliche Krebstherapie		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ziele die Sie erreichen wollen:

Allg. Bemerkungen

- Ich willige ein, dass mir das POSEIDON in Boll per E-Mail / Telefon / SMS* Newsletter, Informationen und weitere Angebote des Studios zum Zwecke der Werbung übersendet. (*bitte Unzutreffendes streichen)
- Ich willige ein, dass das POSEIDON in Boll meine Gesundheits- und biometrische Daten zum Zwecke der Trainingsunterstützung verarbeitet.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum: Boll, _____

Unterschrift des Kunden:

Unterschrift Trainer/ BetreuerIn: