



Erklärung zur Teilnahme an einer Probestunde

Vor- und Nachname: _____

Straße, PLZ, Wohnort: _____

Geburtsdatum: _____ Mobil: _____ Telefon: _____

E-Mail (bitte in Druckbuchstaben): _____

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

(falls mehrere Punkte zutreffen, bitte den für Sie entscheidenden Grund zur Kontaktaufnahme)

Empfehlung von: _____

Internet Flyer Sonstiges: _____

Gesundheitliche Aspekte

Liegen bei Ihnen folgende Erkrankungen vor?

Innere Erkrankungen Nein Ja Wenn ja, welche? _____

- | | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> grüner Star |
| <input type="checkbox"/> Herz/Kreislaufbeschwerden | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Chronische Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Diabetes | |

Sonstiges: _____

Orthopädische Erkrankungen Nein Ja Wenn ja, welche? _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> künstliche Gelenke |
| <input type="checkbox"/> Verspannungen | <input type="checkbox"/> Rheuma |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall | |

Sonstiges: _____

Sind Sie schwanger? Nein Ja SSW: _____

Änderungen meines Gesundheitszustandes teile ich pilatesroom in schriftlicher Form umgehend mit. Ich entscheide, inwieweit ich mich auf die angebotenen Kursinhalte einlasse und bin für mich selbst verantwortlich. Mit meiner Teilnahme bestätige ich, dass ich hierzu körperlich in der Lage bin. Im Zweifel werde ich nur nach ärztlicher Rücksprache die Übungen ausführen.

X

Ort, Datum

Unterschrift