

Gesundheitsbogen

Datenschutz ist uns wichtig! Die von Ihnen angegebenen Daten sowie ggf. von Ihnen erfasste Trainingsdaten werden in unserer EDV elektronisch erfasst und gespeichert und dienen ausschließlich Trainingszwecken.
Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht – auf uns können Sie sich verlassen.

1. Persönliche Angaben

Herr Frau

Name/Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon privat/geschäftlich/mobil

E-Mail

Geburtsdatum

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet? Welche Homepage/Quelle? _____

Empfehlung? Durch wen? _____

2. Persönliche Zielsetzung

Warum sind Sie hier und was möchten Sie erreichen?

3. Angaben zur Sport-, Ess- und Trinkverhalten

Wie oft in der Woche treiben Sie Sport?

gar nicht 1-2 Mal mehr als 2 mal

Welche Art von Sport treiben Sie?

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag?

Wie oft am Tag essen Sie?

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? ja nein
Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Gelenkprobleme? ja nein
Wenn ja, welche?
 Hüfte Ellenbogen Knie Schulter Fuß Hand

Haben Sie Rückenprobleme? ja nein
Wenn ja, welche?
 Halswirbelsäule Brustwirbelsäule Lendenwirbelsäule

Bandscheibenvorfall? ja nein

Operation die letzten 18 Monate? ja nein

4. Erklärung zur Benutzung der Power Plate

Sollte eine der unten genannten Kontraindikationen zutreffen, **empfehlen** wir die Rücksprache mit einem Arzt, bevor Sie mit den Anwendungen der Power Plate beginnen. Sollten während der Nutzung gesundheitliche Beschwerden auftreten, ist die Anwendung sofort einzustellen und medizinischer Rat einzuholen. Für weitere Informationen, eine persönliche Beratung und Hinweise für eine medizinische Untersuchung steht Ihnen das Unternehmen gerne jederzeit zur Verfügung.

Sie leiden unter:	NEIN	Sie tragen:	NEIN
• <i>akuten</i> Entzündungen	<input type="checkbox"/>	• einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
• <i>akuten</i> Thrombosen	<input type="checkbox"/>	• kürzlich angebrachte Metallstifte, Bolzen und/oder Platten	<input type="checkbox"/>
• <i>akutem</i> Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	• Hüft- oder Knie-Implantate	<input type="checkbox"/>
• <i>akuter</i> Migräne	<input type="checkbox"/>	• eine frische Spirale (8 W.)	<input type="checkbox"/>
• <i>frischen</i> Frakturen (Knochenbrüche)	<input type="checkbox"/>	• Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>
• <i>höhergradiger</i> Osteoporose	<input type="checkbox"/>		
• <i>akuter</i> Tendinopathie (Sehnenerkrank.)	<input type="checkbox"/>		
• Tumoren	<input type="checkbox"/>		
• Gallen- & Nierensteinen	<input type="checkbox"/>		
• einem <i>frischen</i> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>		
• Diabetes	<input type="checkbox"/>		
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>		

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Erklärung gelesen und verstanden haben. Sie bestätigen ebenfalls, dass Sie sportgesund sind und dass keine der genannten Erkrankungen vorliegen, bzw. ein ärztlicher Rat zur Nutzung eingeholt wurde. Das Training erfolgt auf eigene Verantwortung. Bei Unfällen haftet STUDIO F im Rahmen der Haftpflichtversicherung.

Ort/Datum

Unterschrift Kundin/Kunde