



# Gesundheitsfragebogen der Delphin Schule für Bewegung

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Berufliche Tätigkeit:**

sitzend

stehend

körperlicher Einsatz

Andere \_\_\_\_\_

**Trainieren Sie eine Sportart regelmässig?**

ja

nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie Yoga- oder Pilates-Erfahrung?**

ja

nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Sind oder waren Sie vor kurzem in ärztlicher Behandlung?**

ja

nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

**Sind oder waren Sie vor kurzem in physiotherapeutischer Behandlung?**

ja

nein

Wenn ja, weshalb? \_\_\_\_\_

**Mussten Sie sich in den letzten 10 Jahren einer Operation unterziehen?**

ja

nein

Wenn ja, weshalb?

---

---

**Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Medikamente ein?**

ja

nein

Wenn ja, wogegen?

---

**Ist Ihr Blutdruck ....**

im normalen Bereich

zu hoch

zu tief

Nehmen sie Tabletten?

---

**Sind Sie Diabetiker/In?**

ja

nein

**Leiden Sie an Bronchitis oder Asthma?**

ja

nein

Wenn ja, unter welchen  
Bedingungen?

---

---

**Haben Sie aktuell Gelenksprobleme?**

ja

nein

Wenn ja, welche?

---

**Haben Sie aktuell Rückenprobleme?**

ja

nein

Wenn ja, welche?

---

## Leiden Sie unter Schmerzen?

ja

nein

Wissen sie warum? \_\_\_\_\_

## Hatten Sie bereits einen Bandscheibenvorfall?

ja

nein

Teil / Segment \_\_\_\_\_

## Sind Sie zurzeit...?

schwanger

am Stillen

Anzahl Kinder

## Haben/hatten Sie Probleme mit dem Beckenboden?

ja

nein

Welche? \_\_\_\_\_

Ich besuche den Kurs auf eigene Verantwortung und übernehme die Versicherung, wie auch die Haftung. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.**

Delphin Schule für Bewegung – Karin Flury – Postfach 17 – 6265 Roggliswil

delphin@bluewin.ch – 079 / 455 68 20 – 062 / 754 10 72

www.delphin-schule.ch