

Anamnese

Eliane Taisch
Personal Training

Personalien

Vorname / Name

Strasse / Nr.

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Gesundheitszustand

Waren sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?

Nein

Ja Weshalb:

Leiden sie unter einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (z.B. Bluthochdruck)?

Nein

Ja Welche:

Leiden sie an einer Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis)?

Nein

Ja Welche:

Leiden sie an einer chronischen Erkrankung (z.B. Allergien, Migräne)?

Nein

Ja Welche:

Haben sie Beschwerden am Bewegungsapparat (Gelenke, Muskeln, Bänder, WS)?

Nein

Ja Welche:

Sind es Folgen einer Verletzung?

Nein

Ja Wie wurden diese behandelt:

Haben sie sonstige Beschwerden oder gesundheitliche Einschränkungen?

Nein

Ja Welche:

Nehmen sie zurzeit Medikamente ein (z.B. Antibiotika, Blutdruckmittel)?

Nein

Ja Welche:

Vielen Dank für die ehrlichen Antworten.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben zu meinem Gesundheitszustand. Falls sich während der Vertragszeit Änderungen ergeben, bin ich verpflichtet, dies meiner Trainerin mitzuteilen.

Die Versicherung ist Sache des Teilnehmers. Eliane Taisch Personal Training lehnt jegliche Haftung für Unfälle und Krankheiten ab.

Kleingruppenttraining: Der Betrag für den gesamten Kurs muss vor Beginn des 1. Trainings einbezahlt werden. Falls einzelne Termine eines Kurses nicht wahrgenommen werden, gibt es keine Rückerstattung.

Ort

Datum

Unterschrift