



Balance

Zentrum für Physiotherapie
und medizinisches Training

Angaben zur Person

Vorname / Name:

Adresse:

Tel. Nr.

Geburtsdatum:

Momentane berufliche Tätigkeit:

Hobbies, Sport:

Persönliche Trainingsziele:

Haben Sie bereits Erfahrung mit Fitnesstraining:

Allgemeine Gesundheitsfragen

– Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

nein ja warum:

– Nehmen Sie im Moment Medikamente?

nein ja welche:

– Haben Sie Probleme / Schädigungen am Bewegungsapparat?

nein ja welche:

– Haben Sie Probleme / Schädigungen des Herz-Kreislaufsystems?

nein ja welche:

– Haben Sie Probleme / Schädigungen der Atemwege?

nein ja welche:

– Hatten Sie Operationen am Bewegungsapparat oder inneren Organen?

nein ja welche:

Anderes:

Falls sich ihre Antwort auf eine der oben gestellten Fragen im Verlauf ihrer Mitgliedschaft ändern sollte müssen sie dies dem betreuenden Personal umgehend melden.

Ort / Datum:

Kunde: