**Fragebogen**

herzlichen Glückwunsch zu Ihrer Entscheidung, sich selbst etwas Gutes zu tun.

Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft und wahrheitsgemäss aus, sodass schon beim ersten Termin Ihre Wünsche, Ziele und individuellen Voraussetzungen berücksichtigt werden können. Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Freuen Sie sich schon jetzt auf viele Erfolgsmomente und neues Wohlbefinden!

## Patientendaten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ/Ort |  |
| Tel. Privat/Mobile |  | Email |  |
| Tel. Geschäft |  | Blutgruppe |  |
| Geburtsdatum |  | Familienstand |  |
| Kinder |  | Krankenkasse |  |
| Arzt |  | Strasse |  |
| PLZ/Ort |  | Telefon |  |

**Kontextfaktoren**

|  |  |
| --- | --- |
| Beruf |  |
| Hobby |  |
| Momentane und frühere sportl. Aktivitäten |  |
| Hauptmotivation  für Sport &  Bewegung | Gesundheit / Spass / Prävention / Leistung / Naturerlebnis / Stressabbau  oder andere |
| Ziel / Wunsch  der Therapie /  des Trainings |  |

## Aktueller Gesundheitszustand

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Haben Sie Schmerzen?  Wenn ja wo?  Krankheiten  oder Mängel  (z.B. Eisen-  mangel) | |  | |
| Wann? | | Morgens / Abends / Nachts / Wochenende / Jahreszeitlich / Menstruation  Andere: | |
| Seit wann haben Sie Schmerzen / Beschwerden? | | Akut / chronisch  *Auslöser:* Unfall / Arbeit / Freizeit / Infektion / Stress / Zugluft  Andere: | |
| Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-störungen / -krankheiten?  Blutdruck  Ruhepuls | Ja ☐ Nein ☐  Druckgefühl / Rhythmusstörungen / Hypertonie / Hypotonie oder anderen Beschwerden | |
| Lunge / Atmung  Rauchen Sie | Atemnot / Asthma oder andere Beschwerden  Ja ☐ wie viel\_\_\_\_\_\_\_ Nein ☐ | |
| Sind Sie in ärztlicher Behandlung? | |  | |
| Was wurde bisher gemacht?  (Behandlungen, Medikamente)  Hat es geholfen | |  | |
| Niere / Blase | | Nierensteine / Entzündungen / Schmerzen | |
| Harn | | viel / wenig / häufig / Inkontinenz / nachts | |
| Augen | | Bindehautentzündung / kurzsichtig / weitsichtig / grauer/grüner Star / Druck / Operation  Andere: | |
| Ohren  Tinitus? | |  | |
| Geist – Gedächtnis / Konzentration | |  | |

## Sonstiges

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nehmen Sie Medikamente /  Vitamine /  Mineralstoffe /  Homöopathika  Verhütungs-mittel | |  |  | | --- | --- | | Welche? | Wann? | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |
| Hatten Sie  Operationen /  Unfälle /  Andere Beschwerden/  Vollnarkosen? | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Welche? | Wann? | Verlauf? | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| Welche Krankheiten sind in Ihrer Familie vorhanden? |  |
| Hatten Sie  Geburten /  Dammnähte /  Kaiserschnitt |  |
| Narben – wo? |  |
| Fremdkörper welche / wo? |  |
| Wie verläuft Ihre Menstruation? | Schmerzhaft / Länge / Stärke / PMS |
| Schlaf – wieviel? Durchschlaf-Probleme? | Anzahl Stunden, Ein-Durchschlafen? Schwitzen, Erwachen am Morgen wie |
| Verdauung | Völlegefühl / Appetitlosigkeit / Blähungen / Blinddarmoperation / Hämorrhoiden – Wann?  Stuhlgang: wie oft? |
| Ernährung /  tgl.Trinkmenge | Menge von Gemüse / Fleisch / Fisch / Hülsefrüchte / Milchprodukte usw. |
| Gewichts-schwankungen |  |
| Stress – wann? warum? |  |
| Eigene Wünsche |  |

**Zähne / Kiefer**

|  |  |
| --- | --- |
| Haben Sie  Füllungen Implantate? | SiAg=Amalgam / Kunststoff / Gold / Keramik  Prothese / Dev.=devitale Zähne / Entz.=Entzündungen |
|  |  |

**Fragebogen**

Der Fragebogen mit den Gesundheitsangaben und den Zielsetzungen ist Pflicht und vor unserem ersten Treffen auszufüllen. Jegliche Daten unterliegen dem Datenschutz und werden absolut vertraulich behandelt.

**Yoga und TRX-Training Abonnement**

Ein 10er Abonnement à CHF 300.- kann für Yoga- und TRX-Trainings- Stunden gebraucht werden. Das Abonnement ist nach Ausstellung des Abonnements 1 Jahr gültig.

**Haftung und Versicherung Yoga und TRX-Training**

Das Training ist auf Ihre individuelle Leistungsstufe abgestimmt. Allfällige Unfälle/Verletzungen können jedoch nicht 100% ausgeschlossen werden. Die Haftung für Schäden, die aus Unfällen, Verletzungen und Krankheiten im Zusammenhang mit dem Training entstehen, werden von Gesundheitstherapie Nadja Bachmann abgelehnt. Die Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

Mit der Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie den Fragebogen wahrheitsgetreu und vollständig ausgefüllt haben und die allgemeinen Geschäftsbedingungen für das Yoga und TRX-Training anerkannt haben.

Herzlichen Dank & ich freue mich auf die gemeinsamen Stunden

Nadja Bachmann



Praxis für Gesundheitstherapie

Vorname und Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_

Datum und Ort:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_