



## Gesundheitsfragebogen

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Adresse / PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Telefon / Mobile \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Betreibst du regelmässig Sport? Wenn ja, was und wie oft pro Woche? ☐ ja ☐ nein

Hast du Erfahrung mit Pilates, FAMO® Fascia Movement oder Yoga? Wenn ja, womit und wie oft? ☐ ja ☐ nein

**Deine persönlichen Ziele:** Was möchtest du mit Pilates, FAMO® Fascia Movement und/oder Yoga erreichen?

## Gesundheitsfragen

Bist du momentan in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Art von Behandlung?

Bestehen aus ärztlicher oder therapeutischer Sicht Einschränkungen für die Teilnahme an Pilates, FAMO® oder Yoga?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche?

Nimmst du zurzeit regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche? ☐ ja ☐ nein

## Beschwerden / Diagnosen

Discushernie / Bandscheibenvorfall ☐ ja ☐ nein

Spinalkanalstenose ☐ ja ☐ nein

Spondylolisthesis ☐ ja ☐ nein

Künstliche Gelenke ☐ ja ☐ nein

Osteoporose / Osteopenie ☐ ja ☐ nein

Arthrose / rheumatische Beschwerden ☐ ja ☐ nein

Frozen Shoulder ☐ ja ☐ nein

Impingement-Syndrom ☐ ja ☐ nein

Karpaltunnel-Syndrom ☐ ja ☐ nein

Stresssymptome / Burnout ☐ ja ☐ nein

Grüner Star (Glaukom) ☐ ja ☐ nein

Herzerkrankungen ☐ ja ☐ nein

Bluthochdruck ☐ ja ☐ nein

Beckenbodenprobleme ☐ ja ☐ nein

Gleichgewichtsprobleme / Schwindel ☐ ja ☐ nein

Diabetes ☐ ja ☐ nein

Bei Discushernie, Stenose oder Spondylolisthesis: betroffener Bereich / Wirbel:

---

Bei künstlichen Gelenken: welches Gelenk?

---

**Aktuelle Schmerzen oder Beschwerden:** Hast du derzeit Schmerzen oder andere Beschwerden, die deine Bewegung beeinflussen? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo und wie machen sie sich bemerkbar?

---

Bestehen ältere Verletzungen oder fühlst du dich in irgendeiner Weise eingeschränkt? ☐ ja ☐ nein

---

Hattest du Operationen, die für das Training relevant sein könnten? ☐ ja ☐ nein

---

Bist du aufgrund der oben erwähnten Beschwerden derzeit in Behandlung? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Art von Behandlung? 

---

## Schwangerschaft

Besteht eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein

**Voraussichtlicher Geburtstermin** 

---

Gibt es Besonderheiten oder Beschwerden, die wir für das Training kennen sollten?

---

## Rückbildung

Gab es frühere Schwangerschaften und/oder Geburten? ☐ ja ☐ nein

**Geburtsdatum des Kindes** 

---

Geburtsart: ☐ Spontangeburt ☐ Kaiserschnitt ☐ andere / Besonderheiten: 

---

Hattest du nach der Geburt Beckenbodenbeschwerden, z. B. Inkontinenz oder Senkungsbeschwerden? ☐ ja ☐ nein

---

Warst oder bist du deswegen in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? ☐ ja ☐ nein

---

## Bestätigung und Eigenverantwortung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen wahrheitsgetreu beantwortet und nyah über gesundheitliche Beschwerden, Diagnosen oder Einschränkungen informiert zu haben, die für das Training relevant sein könnten.

Die Teilnahme am Training erfolgt in eigener Verantwortung. Bei gesundheitlichen Unsicherheiten oder Veränderungen meines Gesundheitszustands kläre ich vor der Teilnahme ab, ob das Training für mich geeignet ist, und informiere die Kursleitung über relevante Veränderungen.

Meine Gesundheitsangaben werden von der nyah GmbH vertraulich behandelt und ausschliesslich verwendet, soweit dies für eine sichere und individuell angepasste Trainingsbetreuung erforderlich ist. Weitere Informationen zur Bearbeitung meiner Gesundheits- und Personendaten finde ich in der Datenschutzerklärung von nyah unter [www.nyah-pilates.ch/datenschutz/](http://www.nyah-pilates.ch/datenschutz/).

Ebenfalls bestätige ich, die nyah AGB gelesen und akzeptiert zu haben.

**Ort, Datum** 

---

**Unterschrift** 

---