

# Gesundheitsfragebogen Rückbildung

Name:	Telefon:
Vorname:	E-Mail:
Strasse:	Beruf:
PLZ/Ort:	Krankenkasse:
Geburtstag:	

## Wie oder durch wen wurden Sie auf das move U aufmerksam?

Internet / Website      Facebook      Empfehlung      \_\_\_\_\_

## Betreiben Sie Fitness / Sport?

2 – 4 x pro Woche      1 x pro Woche      unregelmässig      nie

## Was sind Ihre persönlichen Herausforderungen und Ziele?

---

**Ja**      **Nein**

- Rückenprobleme (Bandscheiben, Skoliose, Rund-, Flachrücken etc.)
- Chronische Erkrankungen (Osteoporose, Arthrose, Arthritis, Spondylose etc.)
- Fussdeformationen (Hallux Valgus, Varus, Plattfuss, Senkfuss, Spreizfuss etc.)
- Andere Beeinträchtigung des Bewegungsapparates
- Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher
- Hatten Sie Damm- oder Kaiserschnitt(e)?
- Leiden Sie an Organsenkungen (Blase, Gebärmutter, Darm)?
- Ist Urin- und / oder Stuhlinkontinenz ein Thema?
- Leiden Sie an Wassereinlagerungen in den Beinen?

## Falls eine der obenstehenden Fragen mit ja beantwortet wurde, bitten wir Sie um nähere Angaben:

---

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt.  
Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass der Kursleiter / die Kursleiterin jede Haftung ablehnt.

**Ort / Datum:** \_\_\_\_\_

Bitte ausgefüllt und unterschrieben der Kursleiterin abgeben. Danke!