

## Personalien

Namen..... Vornamen.....

Adresse..... PLZ / Ort.....

Telefon..... E-Mail.....

Geburtsdatum..... R / L – Hände: ..... Beruf.....

Wie sind Sie auf KineSense gestossen? .....

Haben Sie schon Erfahrung mit der Trainingsmethode? .....

Was erwarten Sie von diesem Training und was möchten Sie erreichen? .....

Betätigen Sie sich körperliche)? Was und wie oft pro Woche? .....

Wie schätzen Sie Ihren Lebensstil (Belastung, Ausgleich, Wohlbefinden) ein? .....

## Gesundheitsfragen

### Leiden Sie zurzeit an:

Rückenschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Beckenbodenproblemen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Bandscheibenvorfällen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Blasenschwäche	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Nackenprobl./Schleudertrauma	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Asthma / Bronchitis / Atemprobleme	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Carpal-Tunnel-Syndrom	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Allergien	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Fuss-, Knie- oder Hüftprobleme	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Herzfehler/ -krankheiten	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
alte Verletzungen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Verspannung/ Muskelprobl.	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Schwäche / Schwindelgefühle	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Stresssymptome / Burnout	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Arthrose / Rheuma	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Stoffwechselkrankheit	
Krampfadern	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	(Schilddrüse/Blutzucker)	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>
Kreislaufschwäche, Schwindel	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>	Schwangerschaft	Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>

Hatten Sie vor Kurzem eine Operation, sind Sie in einer Therapie oder nehmen Sie Medikamente? Ja  / Nein

Wenn obere Frage mit Ja: hielten Sie mit Ihrem Arzt/ Therapeuten Rücksprache und haben das ok? Ja  / Nein

Gibt es einen anderen Grund, aus welchem Sie nicht oder eingeschränkt Trainieren sollten? Ja  / Nein

Haben Sie eine Unfall- und Krankenversicherung? Ja  / Nein

Für Frauen:

Sind Sie momentan Schwanger? Ja  / Nein

Wann war die letzte Geburt:..... Anzahl Kinder:.....Rückbildungskurs besucht? Ja  / Nein

Bemerkungen: .....

## Anmeldung

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die AGBs gelesen zu haben und bin damit einverstanden.**

**Ich habe obige Fragen wahrheitsgemäss beantwortet und bin mir meiner Situation, allenfalls eine ärztliche Abklärung in Anspruch zu nehmen, bewusst. Bei einer Veränderung setze ich meine Trainingsansprechperson darüber in Kenntnis.**

**Meine Aktivität im Rahmen des Angebotes von Kinesense erfolgt auf eigene Verantwortung. Ich verzichte auf jegliche Ansprüche im Schadenfall aufgrund der eigenen Trainingsausführung, bei Sachschaden sowie bei Diebstahl persönlicher Effekte.**

.....  
Angebot

.....  
Datum

.....  
Unterschrift