



Gesundheitsfragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ / Ort:

Persönliche Fitness

1. Was war Ihre durchschnittliche körperliche Aktivität innerhalb der letzten sechs Monate? (30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)

- täglich 2-4 wöchentlich wöchentlich gelegentlich keine

2. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?

- sehr gut gut mittel genügend schlecht

Gesundheitsfragen

3. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?

- Ja Nein

4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?

- Ja Nein

Wenn JA, welche? _____

5. Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?

- Ja Nein

6. Wie lange ist die Geburt Ihres Kindes her?

Hiermit bestätige ich, dass ich körperlich gesund bin und kein Gesundheitsrisiko einer Teilnahme an den Angeboten der De-Vizzi entgegensteht. Damit auch bezüglich eventuellen Gesundheitsrisiken stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichtet sich die unterzeichnende Kundin/der unterzeichnende Kunde, die De-Vizzi über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung und/oder einer allfälligen aktuellen Medikamenteneinnahme, die von den ursprünglichen Angaben abweichen, umgehend zu informieren. Hiermit bestätige ich, dass die im Formular gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu ausgefüllt wurden.

Ort / Datum: _____ Unterschrift des Kunden: _____