

# KLIENTENFRAGEBOGEN

Name:
Adresse:
Telefonnummer:
E-Mail-Adresse:

Wie oft pro Woche machen Sie Bewegung?

Leiden Sie unter Diabetes?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Asthma?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Herzproblemen?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Arthritis?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Nackenschmerzen?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	Nein	Ja
Leiden Sie unter Gelenkschmerzen?	Nein	Ja

Nehmen Sie Medikamente?	Nein	Ja
Wenn ja welche?		

Hatten Sie Verletzungen/Operationen?

Wo haben Sie von Pilates Mödling gehört?

Ich akzeptiere, dass ich auf eigene Verantwortung trainiere. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich einen Arzt konsultiert habe, ob ich mit dem Pilatesprogramm beginnen bzw. fortfahren darf. Außerdem nehme ich die 24-Stunden-Absageregel von Pilates Mödling zur Kenntnis. Die von mir bereitgestellten Daten sind zur Erfüllung der angebotenen Dienstleistungen erforderlich.

Unterschrift

Datum