

Datum: _____
Berater: _____

Gesundheitsbogen

1. Persönliche Angaben

Herr Frau

Name/Vorname

Straße/Nr. PLZ/Ort

Telefon privat/geschäftlich/mobil

E-Mail Geburtsdatum

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

2. persönliche Zielsetzungen

Zielsetzung 1: _____

Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel auf einer Skala von 1 – 6?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Anmerkung

Zielsetzung 2: _____

Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel auf einer Skala von 1 – 6?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Anmerkung

Zielsetzung 3: _____

Wie wichtig ist Ihnen dieses Ziel auf einer Skala von 1 – 6?

① ② ③ ④ ⑤ ⑥

Anmerkung

3. Angaben zur Sport-, Ess- und Trinkverhalten

Wie stufen Sie Ihr Fitnesslevel ein? untrainiert mittel gut
Wie oft in der Woche treiben Sie Sport? gar nicht 1-2 Mal mehr als 2 mal
Welche Art von Sport treiben Sie?

Wie viel Flüssigkeit trinken Sie am Tag? 0-1 Liter 1-2 Liter mehr als 2 Liter
Welche Getränke konsumieren Sie vorwiegend?

Wie oft am Tag essen Sie? 1-2 Mal 2-3 Mal 4 Mal und öfter
Wie verteilen sich Ihre Mahlzeiten am Tag?

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
 Wenn ja, welche?

Haben Sie Allergien? ja nein
 Wenn ja, welche?

Haben Sie Gelenkprobleme? ja nein
 Wenn ja, welche?

<input type="radio"/> Hüfte	<input type="radio"/> Ellenbogen	<input type="radio"/> Knie
<input type="radio"/> Schulter	<input type="radio"/> Fuß	<input type="radio"/> Hand

Haben Sie Rückenprobleme? ja nein
 Wenn ja, welche?

<input type="radio"/> Halswirbelsäule	<input type="radio"/> Brustwirbelsäule	<input type="radio"/> Lendenwirbelsäule
Bandscheibenvorfall?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Operation?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

4. Erklärung zur Benutzung der Power Plate

Sollte eine der unten genannten Kontraindikationen zutreffen, **empfehlen** wir die Rücksprache mit einem Arzt, bevor Sie mit den Anwendungen der Power Plate beginnen. Sollten während der Nutzung gesundheitliche Beschwerden auftreten, ist die Anwendung sofort einzustellen und medizinischer Rat einzuholen. Für weitere Informationen, eine persönliche Beratung und Hinweise für eine medizinische Untersuchung steht Ihnen das Unternehmen gerne jederzeit zur Verfügung.

Sie leiden unter:	NEIN	Sie tragen:	NEIN
• akuten Entzündungen	<input type="checkbox"/>	• einen Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/>
• akuten Thrombosen	<input type="checkbox"/>	• kürzlich angebrachte Metallstifte, Bolzen und/oder Platten	<input type="checkbox"/>
• akutem Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	• Hüft- oder Knie-Implantate	<input type="checkbox"/>
• akuter Migräne	<input type="checkbox"/>	• eine frische Spirale (8 W.)	<input type="checkbox"/>
• frischen Frakturen (Knochenbrüche)	<input type="checkbox"/>	• Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>
• höhergradiger Osteoporose	<input type="checkbox"/>		
• akuter Tendinopathie (Sehnenerkrank.)	<input type="checkbox"/>		
• Tumoren	<input type="checkbox"/>		
• Gallen- & Nierensteinen	<input type="checkbox"/>		
• einem frischen Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>		
• Diabetes	<input type="checkbox"/>		
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>		

Mit ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie die Erklärung gelesen und verstanden haben, dass keine der genannten Erkrankungen vorliegen, bzw. ein ärztlicher Rat zur Nutzung eingeholt wurde.

Ort/Datum

Unterschrift Kundin/Kunde