

Regeln für alle Kurse und Solo und Duo Einheiten:

Bitte beachten Sie folgendes während Ihrer Teilnahme:

- alle Absagen sind ausschließlich über den Onlinezugang auszuführen
- Teilnahme an min. 7 Terminen um die Teilnahmebestätigung für die Krankenkasse zu erhalten
- **Erstattung des credits:** nur bei einer Stornierung von min. 24 Stunden vorher wird der credit für die Trainingseinheit gutgeschrieben und steht noch einige Zeit zur Verfügung. Ihr seht online in eurem Bereich unter *#Bestellungen#* wie viele credits ihr noch habt und wie lange diese Dir noch zur Verfügung stehen. Ihr könnt credits an Dritte übertragen und z.B. eine Freundin mit zum Kurs bringen, dazu schickt ihr uns bitte eine Mail, das Einchecken erledigen wir für Euch
- unter *#Termine#* siehst du deine gebuchten Termine und kannst diese ggf. stornieren
- **Datenschutzerklärung: Wir nutzen eure persönlichen Daten nur für die Bewerbstellung und Organisation unserer Kursleitertätigkeit. Es findet kein Verkauf/B&B/Auswertung eurer Daten statt. Wenn Ihr unseren sporadischen Newsletter nicht wünscht, dann bitte Bescheid geben und wir löschen eure Adresse aus dem Verteiler.**

Kontaktdaten: (bitte deutlich schreiben!)

Name:

Vorname:

Geb.dat.

Krankenkasse:

Trainingszustand

Wie oft treiben Sie Sport pro Woche? gar nicht 1-2x 3-4 und mehr

Haben Sie Pilateserfahrungen? ja nein

Wenn ja, auf welchem Niveau? Anfänger Mittelstufe Fortgeschritten

Krankengeschichte

Leiden oder litten Sie unter einer/mehreren der folgenden Beschwerden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenprobleme (z.B. BSV) | <input type="checkbox"/> Hals/Nackenprobleme |
| <input type="checkbox"/> Schulterprobleme | <input type="checkbox"/> Knieprobleme |
| <input type="checkbox"/> Gelenkprobleme | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Asthma |
| <input type="checkbox"/> Glaukom | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Angstzustände | <input type="checkbox"/> ich bin Raucher |
| <input type="checkbox"/> <i>ich bin Schwanger</i> ET: _____ | <i>wann war die letzte Entbindung?</i> _____ |

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | |
| <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfällen | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt |
| <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Kopfverletzungen |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen/Migräne |
| <input type="checkbox"/> Allergien | <input type="checkbox"/> Rückenmarksverletzungen |
| <input type="checkbox"/> ich bin arbeitsunfähig | <input type="checkbox"/> Sportverbot durch Arzt |

Falls Sie einen der oben genannten Punkte mit ja beantwortet haben, machen Sie bitte genauere Angaben zur Diagnose, Behandlung und Ergebnis:

Ich habe andere medizinische Probleme. Bitte erläutern Sie:

Ich wurde innerhalb der letzten 2 Jahre operiert. Bitte erläutern Sie:

Haben Sie irgendwelche körperlichen Beschwerden, die Ihre Teilnahmefähigkeit am Training einschränken könnten?

Hiermit bestätige ich diesen Kontakt- und Anamnesebogen wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben und verspreche Pilates-Privat sportellements Sylvie Rüger bei Veränderungen meines Gesundheitszustandes unaufgefordert zu informieren. Die Teilnahme am Kurs/PT erfolgt auf eigene Gefahr und unter Akzeptanz der AGB.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer