

Yoga Therapie Kelkheim
Rita Harr
Im Kleinen Grund 5a, 65779 Kelkheim
Telefon: 0172 83 41 187
E-Mail: rita.harr@yoga-therapie-kelkheim.de
www.yoga-therapie-kelkheim.de

yoga
therapie
kelkheim
Rita Harr

Über mich

Mit diesem Formular informiere ich die Kursleiterin über meinen Gesundheitszustand und erkläre, die unten stehende Information zum Yogakurs / zur ayurvedischen Massage erhalten und gelesen zu haben. Ich bin mir darüber bewusst, dass der Kurs / die ayurvedische Massage keine Diagnose oder Therapie im medizinischen / naturheilkundlichen oder psychotherapeutischen Sinne ist. Wer sich in therapeutischer Behandlung befindet, benötigt das Einverständnis des behandelnden Arztes oder Therapeuten. Yoga Therapie Kelkheim ist ein Angebot im Weiterbildungs- und Beratungsbereich und bietet Hilfe zur Selbsthilfe.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ich freue mich über Infos per E-Mail zu Yoga Therapie Kelkheim

ja nein

Der Alltag bringt es mit sich, dass immer mal etwas dazwischenkommen kann, wenn eine Yoga oder Massagereinheit ansteht. Bei einer Absage einer Yoga Einheit / einer Massage später als 48 Stunden vor dem vereinbarten Termin wird jedoch eine Ausfallsentschädigung in Höhe von 50 % der Kosten für die Stunde fällig, sofern sich kein Ersatztermin finden lässt. Weniger als 24 Stunden vorher fallen 75% an. Bei Nichterscheinen ohne Absage berechne ich die volle Gebühr.

Gesundheitsfragebogen

Haben Sie zuvor schon Yoga praktiziert?

ja nein

Falls ja: Wie lange und welche Form (Ashtanga, Viniyasa, Hatha etc.)

Sitzende / körperliche Tätigkeit?

ja nein

Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Falls ja, welche?

Befinden Sie sich in Behandlung bei einem Arzt / Heilpraktiker?

ja nein

Wenn ja, aus welchem Grund?

Leiden Sie unter Bewegungseinschränkungen?

ja nein

Falls bereits bekannt: Sind bestimmte Yogaübungen oder Dehnungen unangenehm / schädlich?

Sind Sie schwanger?

ja nein

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

ja nein

Welchen Sport treiben Sie regelmäßig?

Hatten Sie in den letzten Jahren einen Unfall? Welcher Art?

Hatten Sie vor kurzem eine Operation? Welcher Art?

Bitte kreuzen Sie an, ob Sie unter einer der folgenden Krankheiten leiden:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Aids | <input type="radio"/> Herzerkrankungen |
| <input type="radio"/> Allergien | <input type="radio"/> Krebs |
| <input type="radio"/> Aneurisma (Ausweitung) der Aorta | <input type="radio"/> offene Wunden oder Schnitte |
| <input type="radio"/> Bluthochdruck | <input type="radio"/> operative Eingriffe |
| <input type="radio"/> Frakturen | <input type="radio"/> Osteoporose |
| <input type="radio"/> Frühere Luxationen oder Verrenkungen | <input type="radio"/> Rheumatoide Arthritis |
| <input type="radio"/> Gelenkprobleme | <input type="radio"/> Schlaganfall |
| <input type="radio"/> Wirbelsäulen-/Halswirbelprobleme | <input type="radio"/> Thrombosen/Ödeme |
| <input type="radio"/> Hämophilie (Blutkrankheiten) | <input type="radio"/> Verstopfung |
| <input type="radio"/> Hautkrankheiten | <input type="radio"/> Bei Frauen: Menstruationsbeschwerden |
| <input type="radio"/> Hernien/Weichteilbrüche | |

Sonstige gesundheitliche Einschränkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Die Kursleiterin verpflichtet sich, die Informationen auf den Gesundheitsfragebögen streng vertraulich zu behandeln.