



ANAMNESEBOGEN

Freiwillige Anamnese für die Teilnahme an den Yogakursen des

YesYoga Studio Nordhorn

Persönliche Daten

Name

Vorname.....

Straße, Hausnr.....

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geb.-Datum.....

Beruf.....

Um dir ein reibungsloses Yoga-Erlebnis ermöglichen zu können sind die Angaben in diesem Anamnesebogen notwendig für mich als deine Kursleitung. Deine Daten sind nur für mich als Kursleitung bestimmt. Sie werden nicht an Dritte weiter gereicht und verbleiben in meinen Unterlagen. Du hast im Sinne der Datenschutzgrundverordnung nach dem Kurs die Möglichkeit, die Löschung deiner Daten schriftlich zu veranlassen.

Ziele, Erfahrungen

Welches Ziel verfolgst du mit dem Besuch des Yogakurses?

.....

.....

Allergien

Welche?

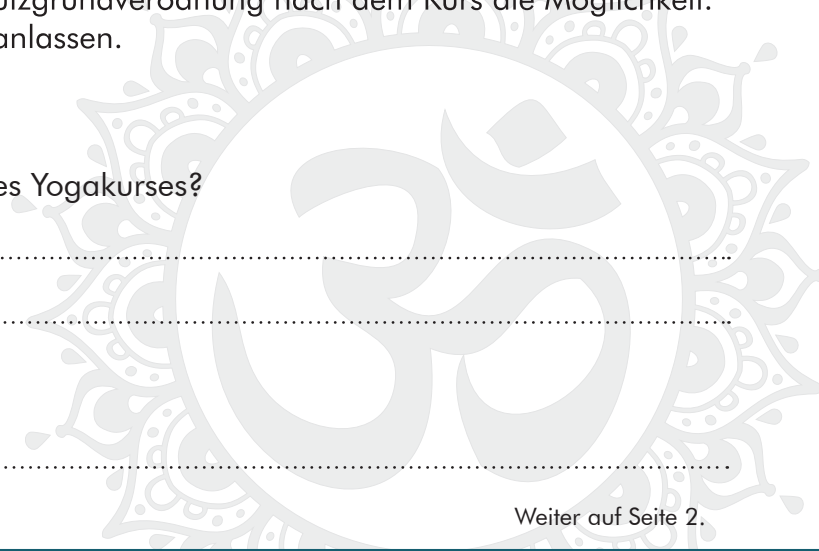
Weiter auf Seite 2.

Yes Yoga Studio Nordhorn

Inh. Heike Podszus
Neuenhauser Straße 38
48529 Nordhorn

Telefon 0178 - 183 19 61
Mail info@yesyoga-nordhorn.de
Web www.yesyoga-nordhorn.de

Bankverbindung:
IBAN DE93 2806 9956 0215 7730 01
BIC: GENODEF1NEV
Grafschafter Volksbank eG





ANAMNESEBOGEN

Anamnese des Bewegungsapparates

Bitte gib an, ob eine der nachfolgenden Krankheiten auf dich zutreffen

- | | | |
|--------------------------|---|---------------------|
| Bandscheibenvorfall | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Seit wann/wo? |
| Rundrücken | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Skoliose | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Arthrose | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Schulter-/Nackenprobleme | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Knieprobleme | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |

Internistische Anamnese

Bitte gib an, ob eine der nachfolgenden Krankheiten auf dich zutreffen

- | | | |
|-----------------------------|---|---------------|
| Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Starker Augeninnendruck | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | |
| Lungenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja | Welche? |

Hier ist genügend Platz für Kommentare oder wichtige Hinweise

.....

.....

.....

Vielen Dank, dass du dir einen Augenblick Zeit genommen hast!

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben zu meinem Gesundheitszustand.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift