



Name: \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_

**Gesundheitsfragen** *Diese Informationen helfen uns als Trainer unseren Unterricht individueller zu gestalten und gezielter auf die Teilnehmer einzugehen. Alle Informationen werden vertraulich behandelt.*

### 1. Allgemein/Ziele

Hast du schon einmal Pilates gemacht? Wenn ja, wo?

Hast du schon einmal Cardio Training / Fitness gemacht? Wenn ja, wo?

Welches sind Deine Ziele?

<i>Kraft</i>	<i>Flexibilität</i>	<i>Stressreduktion</i>	<i>Haltung</i>
<i>Gewichtsverlust</i>	<i>Rücken stärken</i>		<i>allgemeine Fitness</i>
<i>Sonstige</i>			

Nenne 3 Ziele, die Du erreichen möchtest: \_\_\_\_\_

### 2. Lebensweise

Beschäftigung/Beruf

Momentan im Mutterschutz: ja / nein, ab

Tägliche Aktivitäten bei der Arbeit/zuhause

<i>Sitzend im Büro</i>	<i>Gewicht heben/tragen</i>	<i>Gehen (wieviel?)</i>
<i>Autofahren</i>	<i>Sonstiges</i>	

Wie würdest Du Deine Tätigkeit im Allgemeinen beschreiben?

<i>Stressig</i>	<i>Aktiv</i>	<i>Ruhig</i>
-----------------	--------------	--------------

Rauchst Du? Ja / nein

Hast Du in der Vergangenheit geraucht? Wenn ja, wie lange?

Sonstige sportliche Aktivitäten: \_\_\_\_\_ Welche?

*Vor der Schwangerschaft:*

*Aktuell:*

### 3. Medizinischer Hintergrund

1. Schwangerschaft: ja / nein      1. Kind?      Geplanter ET:      SSW:

2. Komplikationen bei der (früheren) Schwangerschaft / Geburt, wenn ja welche?  
\_\_\_\_\_

*O Rektusdiastase (Test wird vor 1. Std. Postnatal Pilates Kurs gemacht)*

3. Herzbeschwerden: ja / nein      welche?

4. Bluthochdruck: ja / nein

5. Rückenbeschwerden: ja / nein      welche?

<i>Muskulär</i>	<i>LWS, BWS, HWS</i>	<i>Bandscheibe</i>	<i>Stenose</i>	<i>Gleitwirbel</i>
-----------------	----------------------	--------------------	----------------	--------------------

6. Glaukom: ja/nein

7. Gelenkbeschwerden: ja / nein      wo?

8. Muskelbeschwerden: ja / nein      welche?

9. Schwindel / Kreislaufbeschwerden: ja / nein

10. Medikamenteneinnahme: ja / nein welche?

11. vergangene Operationen:

12. Wurdest Du jemals wegen folgender Krankheiten ärztlich behandelt?

<i>Blutarmut</i>	<i>Asthma</i>	<i>Rückenschmerzen</i>	<i>Krebs</i>	<i>Diabetes</i>	<i>Epilepsie</i>	<i>Depressionen</i>
<i>Übergewicht</i>	<i>Arthritis</i>	<i>Herzerkrankungen</i>	<i>Sonstige:</i>			

Name: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Alineo Club Body & Mind

**BITTE RÜCKSEITE  
BEACHTEN**

E start@alinea.life  
W www.alinea.life

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname : \_\_\_\_\_



Alineo Club Body & Mind

**BITTE RÜCKSEITE  
BEACHTEN**

E [start@alinea.life](mailto:start@alinea.life)  
W [www.alinea.life](http://www.alinea.life)

### **Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung**

Ich bin einverstanden, dass durch Alineo Club Body & Mind – Anke Meyer - meine Daten zu folgenden Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- zur Pflege der Kontaktdaten,
- der Erfüllung des Behandlungsvertrags, der Trainingsvereinbarung, zur Abrechnung erbrachter Leistungen mit dem Patienten
- zur therapeutischen Dokumentation

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass

- die im Rahmen der vorstehenden genannten Zweck erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung der DSGVO, des BDSG und des Telemediengesetzes erhoben, verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag /Trainingsvereinbarung nicht erfüllt werden kann / nicht zustande kommt.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle des Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

**Alineo Club Body & Mind | Anke Meyer, Saarstr. 67, 54290 Trier.**

Im Falle des Widerrufs werden meine Daten nach Ablauf gesetzlicher Fristen und falls solche nicht mehr zu beachten sind, mit dem Zugang der Willenserklärung an das Studio gelöscht. Die Praxis wird meinen Widerruf an die o. g. Dritten weiterleiten, die ihrerseits dann meine Daten löschen.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir KEINE DATEN AN DRITTE WEITERGEBEN.**

**BITTE RÜCKSEITE BEACHTEN**