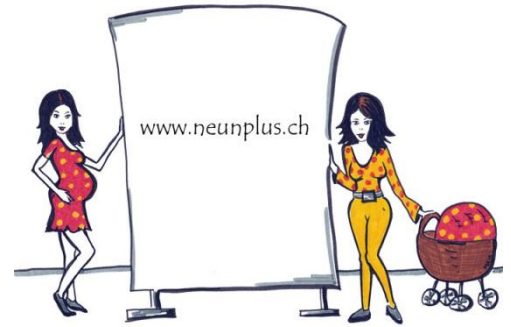


neunplus

Gesundheitsfragebogen



Name: Vorname:

Strasse: PLZ/Ort:

Telefon: E-Mail:

Geburtsdatum: Beruf:

Hast du eine Unfall- und Krankenversicherung? ja nein

Wie bist du auf neunplus aufmerksam geworden?

Internet Flyer Freundin

anderes:

Bewegte Schwangerschaft

In welcher Schwangerschaftswoche bist du?

Ist es die erste Schwangerschaft? ja nein

Wenn nein, wie viele Kinder hast du?

Hast du spezielle Schwangerschaftsbeschwerden? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Bemerkungen deinerseits:

.....

.....

Rückbildung

Vor wie vielen Wochen war die Geburt?.....

Spontangeburt..... Kaiserschnitt.....

Hast du Beschwerden seit der Geburt? nein..... ja.....

Wenn ja, welche?.....

.....

.....

.....

Allgemeine Gesundheitsfragen

Leidest du unter:

Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bandscheibenvorfällen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nackenproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Verspannungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arthrose/Reuma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Asthma/Bronchitis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blasenschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beckenbodenproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stresssymptome/Burnout	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Knieprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Carpal Tunnel Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die Fragen ehrlich beantwortet zu haben und verzichte auf jegliche Ansprüche im Schadensfall. Zudem verpflichte ich mich die Kursleiterin über allfällige gesundheitliche Probleme Und Operationen zu informieren. Die Angaben werden von neunplus vertraulich behandelt.

Datum:.....

Unterschrift:.....