

# neunplus

bewegte schwangerschaft | rückbildung | pilates

## Gesundheitsfragebogen

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: ..... PLZ/Ort: .....

Telefon: ..... E Mail: .....

Geburtsdatum: ..... Beruf: .....

Hast du eine Unfall- und Krankenversicherung?  ja, Name: .....  nein

Wie bist du auf neunplus aufmerksam geworden?

Internet .....  Flyer .....  Freundin .....

anderes: .....

## Allgemeine Gesundheitsfragen

Leidest du unter:

Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Bandscheibenvorfall	<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	<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
Wirbelgleiten	<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	Knieproblemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Carpal tunnel Syndrom	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Osteoporose (T-Wert:.....)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hast du ein künstliches Gelenk? Wenn ja, welches und seit wann?

.....

Wenn du bei einem Thema «Ja» angekreuzt oder etwas hast, was in der Liste fehlt, bitte hier genauer ausführen / beschreiben:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

# neunplus

bewegte schwangerschaft | rückbildung | pilates

## Bewegte Schwangerschaft

In welcher Schwangerschaftswoche bist du? .....

Ist es die erste Schwangerschaft?  ja  nein, die .....

Hast du jeweils eine Rückbildung gemacht?  ja, bei: .....  nein .....

Rektusdiastase?  ja, behandelt bei: .....  nein .....

Hast du spezielle Schwangerschaftsbeschwerden?  nein .....  ja .....

Wenn ja, welche? Oder weitere Angaben zu den vergangenen Schwangerschaften & Geburten

---

---

---

---

---

## Rückbildung

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

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

Wer war deine Wochenbetthebamme? .....

Beurteilung der Bauchmuskulatur? .....

Geburtsverletzungen? Dammriss/schnitt, Grad: ..... andere: .....

Inkontinenz? .....

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

Welche?: .....

---

---

---

---

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: .....