



Anmeldung:

Anmeldung zum : _____ Kurs
Beginn: _____
Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____
Telefon (privat/mobil): _____
E-Mail: _____
Krankenkasse: _____
Arbeitgeber: _____
Erfolgt eine Bezuschussung durch ihren Arbeitgeber? Ja Nein

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass keine gesundheitlichen Bedenken bestehen. Die allgemeinen Geschäftsbedingungen habe ich gelesen und akzeptiert.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Einzugsermächtigung / SEPA-Lastschriftsmandat

Kontoinhaber: _____
Kursgebühr: _____ BIC: _____
IBAN: _____
Zahlungsempfänger: Gesundheitszentrum für Physiotherapie und Prävention Daniel Wahl
Martin-Luther-Str. 18, 87527 Sonthofen

Ich ermächtige das Gesundheitszentrum für Physiotherapie und Prävention Daniel Wahl hiermit anfallende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. zugleich wiese ich mein Kreditinstitut an, die vom Gesundheitszentrum für Physiotherapie und Prävention Wahl auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Beitrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Eine Erstattung entbindet mich nicht von meinen Vertragspflichten. Bei Nichteinlösung oder unberechtigter Rückbelastung übernehme ich die dem Gesundheitszentrum für Physiotherapie und Prävention entstandenen Kosten.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Gesundheitsfragebogen

Anmeldung zum: _____ Kurs

Bitte beantworten Sie uns vor Kursbeginn folgende Fragen, damit wir einen Eindruck von Ihrer Belastbarkeit erhalten. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Fühlen Sie sich körperlich fit und gesund: Ja Nein

Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf und Alltag überwiegend beschreiben?

sitzend stehend in Bewegung _____

Wieviel körperliche Anstrengung erfordert diese Tätigkeit?

keine Anstrengung mäßige körperliche Anstrengung hohe körperliche Anstrengung

Wurden bei Ihnen Verletzungen / Erkrankungen am Bewegungssystem festgestellt?

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Wurden Sie operiert? _____

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems oder der Atmungsorgane festgestellt?

Nein	hoher Blutdruck	Herzinfarkt
Herzinsuffizienz/-schwäche	Angina Pectoris	Herzmuskelentzündung
Asthma bronchiale	chronische Bronchitis	
insulinpflichtiger Diabetes	obstruktive Atemwegserkrankungen	
sonstige: _____		

Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung oder in Ruhe? Ja Nein

Haben Sie in Ruhe oder Belastung Probleme mit der Atmung? Ja Nein

Haben Sie Schwindel, Kopfschmerz, Augenflimmern oder neulich das Bewusstsein verloren?

Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche? _____

Fühlen Sie sich durch die genannten Erkrankungen/Symptome und Medikamente in Ihrer körperlichen Belastbarkeit eingeschränkt? Ja Nein

Sind Sie zurzeit wegen dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen mit "Ja" beantwortet haben, müssen Sie Ihren Arzt vor der Teilnahme an unseren Kursen aufsuchen und eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung einholen. Der Gesundheitsfragebogen erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, den Gesundheitsfragebogen gelesen, verstanden zu und alle von mir beantworteten Fragen gewissenhaft und wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Ich erkenne den Haftungsausschluss des Gesundheitszentrums Wahl für meine Kursteilnahme an. Meine Teilnahme an den Kursen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden. Ich erhebe keine Ansprüche gegen das Gesundheitszentrum Wahl wegen Schäden und Verletzungen jeder Art, die durch meine Kursteilnahme entstehen können

Ich erkläre, dass ich für die Teilnahme körperlich und geistig ausreichend gesund bin. Im Zweifelsfall ist mein Gesundheitszustand ärztlich bestätigt. Sofern Schmerzen oder Auffälligkeiten auftreten, weise ich den/die Kursleiter sofort darauf hin und suche umgehend einen Arzt auf!

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____