

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name und Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

GESUNDHEITSFragen

Treiben Sie regelmässig Sport?

nein 1x pro Woche 2-4x pro Woche mehr als 4x pro Woche

Seit wie vielen Jahren? _____

Welche Sportarten? _____

Was sind Ihre sportlichen Ziele? _____

Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen? _____

Ja Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten «etwas am Herzen» und Bewegung nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?

Haben Sie das Bewusstsein verloren oder sind wegen Schwindels gestürzt?

Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich bei körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?

Leiden Sie unter Atemwegsproblemen (z. B. Asthma, Bronchitis)?

Haben Sie Rückenprobleme?

Gibt es einen weiteren Grund, warum Sie aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats Sport nur unter medizinischer Kontrolle treiben sollten?

Wenn Sie eine Frage mit JA beantwortet haben, kontaktieren Sie bitte einen sportmedizinisch kompetenten Arzt, bevor Sie ihre sportliche Aktivität steigern. Falls Sie regelmässig Medikamente nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leiden oder zurzeit eine Diät machen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt ab, ob sportliche Aktivität erlaubt ist.

RISIKOFAKTOREN

Ja Nein

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes)?

Haben Sie zu hohe Blutfette?

Haben Sie Herz-Kreislaufprobleme, Herzfehler oder Bluthochdruck?

Ist Ihr Body-Mass-Index (BMI) über 25?

Rauchen Sie?

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

Ich bin mir bewusst, dass mit körperlichem Training ein erhöhtes Verletzungs- und Beschwerdenrisiko verbunden ist. Da ich zudem Trainingsneueinsteiger im sog. fortgeschrittenen Alter (Männer > 45 / Frauen > 55) bin, ist mein Risiko zusätzlich erhöht. Ich verzichte auf eine ärztliche Abklärung, bin mir aber der Risiken bewusst und trainiere auf eigene Verantwortung. Ich schliesse alle Haftungsansprüche gegenüber der YogaCulture AG aus, die aus gesundheitlichen Problemen infolge des Trainings entstehen könnten.

DATENSCHUTZVEREINBARUNG

Ich stimme zu, dass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften des Schweizer Datenschutzgesetzes (DSG) erhoben, verarbeitet und gespeichert werden. Die Daten werden ausschliesslich für interne Zwecke im Rahmen der Kursdurchführung, -verwaltung und für die gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungspflichten genutzt. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte ohne meine ausdrückliche Einwilligung, es sei denn, dies ist gesetzlich erforderlich.

Ich habe das Recht, Auskunft über die über mich gespeicherten Daten zu erhalten, diese zu berichtigen, zu löschen oder die Verarbeitung einzuschränken, soweit dies gesetzlich zulässig ist.

Ort und Datum

Unterschrift
