

## Fragen zu deiner Gesundheit

Im Yoga tust du dir etwas Gutes, Yogaübungen werden so angepasst, dass du dich wohlfühlst.

Damit ich den Unterricht danach gestalten kann, interessiere ich mich für deine Gesundheit. Bitte fühle den untenstehenden Talon aus und sende mir in per Mail. Falls es dir lieber ist, bringe mir dieser Fragebogen das erste Mal mit. Ich behandle alle Informationen vertraulich.

Falls sich etwas an deiner Gesundheit etwas ändert als hier angegeben, oder du beim Üben unsicher bist, bin ich froh, wenn du mich jeweils vor dem Unterricht persönlich informierst.

Vielen Dank für dein Vertrauen und deine Mitarbeit.

Herzlichst

Christine Wüthrich

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

Adresse \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Mobile \_\_\_\_\_

Geboren am \_\_\_\_\_

Bitte kreuze an, wenn du an diesen Körperorten im Alltag oder beim Üben schmerzen spürst:

- |                                       |                                     |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopf         | <input type="checkbox"/> Rücken     |
| <input type="checkbox"/> Nacken       | <input type="checkbox"/> Hüfte      |
| <input type="checkbox"/> Schulter     | <input type="checkbox"/> Knie       |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk   | <input type="checkbox"/> Fussgelenk |
| <input type="checkbox"/> Andere _____ |                                     |

Bitte kreuze an, wenn dies auf dich zutrifft:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck              | <input type="checkbox"/> Erhöhter Augendruck |
| <input type="checkbox"/> Tiefer Blutdruck           | <input type="checkbox"/> Diabetes            |
| <input type="checkbox"/> Asthma                     | <input type="checkbox"/> Rheuma              |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen               | <input type="checkbox"/> Tinnitus            |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall        | <input type="checkbox"/> Arthrose            |
| <input type="checkbox"/> Weiter Informationen _____ |  |

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_