Fragebogen Rückbildungspilates

Damit ich Sie optimal betreuen kann wäre ich froh, wenn Sie den Fragebogen ausfüllen und ihn mir vor dem Start des Kurses zukommen lassen (Mail, Postadresse). Bei Fragen stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Name: Vorname:

Ihr Geburtsdatum:

Geburtsdatum Kind: Name des Kindes:

wievieltes Kind: wievielte Schwangerschaft:

Geburt: □ spontan □ Sectio □ Dammriss □ Dammschnitt

Stillen Sie: □ ja □ nein

Haben Sie Beschwerden speziell seit der Geburt? □ Nein

□ Ja. Welche?

Leiden Sie an Senkungen? □ Nein □ Ja

Leiden Sie an Inkontinenz? □ Nein □ Ja, wann? □ Husten/ Niessen □ Heben von Lasten □ kann den Urin schlecht zurückhalten bevor ich auf Toilette muss □

Operationen oder andere Krankheiten:

Haben Sie aktuell Beschwerden?

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? □ Nein □ Ja, wieso?:

Haben Sie vor der Geburt regelmässige körperliche Aktivität betrieben? □ Nein

□ Ja, welche?

Wie sind Sie auf den Kurs aufmerksam geworden?

Was sind Ihre Erwartungen an den Kurs?

Haben Sie Fragen?

Datum: Unterschrift:

Vielen Dank, dass Sie sich kurz Zeit genommen haben. Ich freue mich Sie kennenzulernen.