

GESUNDHEITSSBOGEN

Dieser Fragebogen dient Deiner gesundheitlichen Sicherheit während der Yogapraxis. Mit Hilfe Deiner Antworten kann ich die Yogaübungen sehr genau an Deine Bedürfnisse anpassen. Anhand des Fragebogens lassen sich auch sehr gut die Veränderungen Deines Körpers nachvollziehen, die durch die Yogapraxis erreicht werden. Bitte fülle diesen Bogen sorgfältig und vollständig aus. Bei vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen bitte ich Dich, vorab einen ärztlichen Rat einzuholen. Bestehende Therapien und ärztliche Behandlungen sollten nicht eigenmächtig abgesetzt, sondern weitergeführt werden. Die Daten werden selbstverständlich, gemäß den gültigen Datenschutzbestimmungen, vertraulich behandelt. Ich danke Dir vorab für Deine Zeit.

PERSÖNLICHE UND ALLGEMEINE ANGABEN

Name

Straße / Nr.

Vorname

PLZ / Wohnort

Geburtstag

Welche Berufsausbildung hast Du?

Welchen Beruf übst Du derzeit aus?

Praktizierst Du bereits Yoga?
Wenn ja, wie lange und welche Richtung?

ja

nein

Hast Du Meditationserfahrungen? Welche?

ja

nein

Liegt eine Schwangerschaft vor?

ja

nein

Hast Du zur Zeit körperliche
Einschränkungen oder Erkrankungen?

ja

nein

Möchtest du deswegen Yoga praktizieren?

ja

nein

Rauchst Du?

ja

nein

Trinkst Du Alkohol? Wie oft? Wie viel?

ja

nein

Bist Du zur Zeit in ärztlicher oder
physiotherapeutischer Behandlung (auch
Osteopathie, Cranio-Sacral-Therapie)?

ja

nein

FREIE SCHILDERUNG KÖRPERLICHER BESCHWERDEN IM BEWEGUNGSAPPARAT

Bitte beschreibe, WAS Beschwerden verursacht.

Bitte beschreibe, WO es schmerzt.

Bitte beschreibe, WIE sich der Schmerz äußert (Ziehen, Drücken, Taubheit, Kribbeln).

Bitte beschreibe, WANN der Schmerz auftritt (Bei Belastung? Welche Art der Belastung?).

Seit wann gibt es diese Beschwerden?

Gab es einen speziellen Auslöser?

ja

nein

KÖRPERLICHE BESCHWERDEN

Bluthochdruck

ja

nein

HerzKreislaufprobleme

ja

nein

Atemwegsprobleme

ja

nein

Bauchbeschwerden

ja

nein

Probleme mit der Verdauung?

ja

nein

Probleme mit dem Urogenitalsystem?

ja

nein

Welche Medikamente nimmst Du zur Zeit?

Welche Operationen wurden bereits durchgeführt?

Auffallende Gewichtsveränderung?

ja

nein

PSYCHISCHE BESCHWERDEN

Hast Du Einschlaf- oder Durchschlafprobleme?

ja

nein

Ist Dein Schlaf erholsam?

ja

nein

Hast Du Sorgen oder Stress?

ja

nein

Überforderung?

ja

nein

Hast Du familiäre Unterstützung?

ja

nein

Trägst Du Verantwortung für andere Menschen? (Kinder, Eltern)

ja

nein

Hast Du Kontakt zu Freunden?

ja

nein

Wie würdest Du Dein Ziel oder Deinen Wunsch hier im Yogakurs / Yogaseminar beschreiben?

HINWEIS ZUR DATENVERARBEITUNG

Ich bin mit der Verarbeitung meiner freiwillig erklärten und gesundheitsbezogenen Daten einverstanden. Diese Einwilligung ist jederzeit widerrufbar.

Ort / Datum

Unterschrift

HINWEIS ZUR EIGENVERANTWORTLICHKEIT

Meine Yogastunden haben das Ziel, Deinen Körper, die Seele und Deinen Geist in die Balance zu bringen. All mein Wissen und meine Fähigkeiten gebe ich an Dich weiter, damit Du Dein Leben leichter und bewusster gestalten kannst. Du selbst entscheidest, wie weit Du Dich auf die physischen und psychischen Prozesse des Yoga einlässt.

Ich weise Dich ausdrücklich darauf hin, dass Du in Deinem eigenen Vermögen der körperlichen Beweglichkeit bleibst und nicht über diese Grenze hinaus gehst.

Solltest Du gesundheitliche Beschwerden (all das was nicht im Gesundheitsbogen erfasst wurde) bei Dir wahrnehmen oder sollte eine Schwangerschaft bestehen, so bitte ich um ärztliche Abklärung vor dem Yogakurs sowie um Information vor der Yogastunde, sodass ich gegebenenfalls den Unterricht anpassen kann.

Ich, [Vorname / Name], habe den Hinweis zur Eigenverantwortlichkeit gelesen und akzeptiere mit meiner Unterschrift meine Eigenverantwortung für den Yogakurs (die Kurse). Ich erkläre weiterhin, dass mein derzeitiger Gesundheitszustand eine uneingeschränkte Yogapraxis erlaubt.

Ort / Datum

Unterschrift