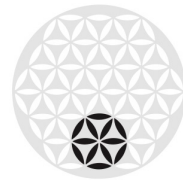


Yoga United UG (haftungsbeschränkt)
Dorit Schwedler
Käthe-Kollwitz-Ufer-79
01309 Dresden
Tel.: 0171 - 6071485



**YO
GA**
DORIT
SCHWEDLER

Anmeldung

Alle Kurse und Veranstaltungen finden in den Räumen am Käthe-Kollwitz-Ufer 79 statt. Bei anderen Absprachen zum Veranstaltungsort, bitte hier mit vermerken.

Bitte hier den gewünschten Kurs, Your Personal Yoga oder Business Yoga angeben!

Persönliche Angaben (Bitte Zutreffendes eintragen!)

Firma	
Vorname	Nachname
Straße	Hausnummer
Postleitzahl	Ort
Telefon	Handy
Email Adresse	
Krankenkasse	

Gesundheits-Check

<u>Ärztliche Behandlungen:</u>	
Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei welchem Facharzt?	ja / nein
Wurde Ihnen von sportlichen Aktivitäten jeglicher Art ärztlicherseits abgeraten? Bestehen ärztlicherseits Bedenken gegen die Teilnahme an einem Yogakurs?	ja/nein
<u>Bestehende Erkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen:</u>	
Atemwegserkrankungen	ja / nein
Erhöhter Blutdruck	ja / nein
Schmerzen	ja / nein

Wenn ja, welche?	
Psychische Erkrankungen?	ja / nein
Ich habe eine chronische Krankheit. Wenn ja, welche?	ja / nein
Sind Sie im letzten Jahr operiert worden? Wenn ja, welche OP?	ja / nein
Tragen Sie Prothesen (künstliches Hüftgelenk etc.)? Wenn ja, welche?	ja / nein
Ich nehme derzeit Medikamente. Wenn ja, bitte die Art des/der Medikamente benennen.	ja / nein
<u>Eigene Anmerkungen:</u>	

Alle Angaben und Daten werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Sie dienen der Yogalehrerin meine persönliche Konstitution zu berücksichtigen.

Die Fragen für den Gesundheits-Check habe ich persönlich wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet. Gesundheitliche Probleme und andere relevante Veränderungen, die sich eventuell im Laufe des Kurses ergeben, teile ich umgehend mit (z.B. Schwangerschaft, Bluthochdruck, Herzerkrankungen, Augendruckerkrankungen, psychische Erkrankungen etc.). Ebenso habe ich die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass der Gesundheits-Check und die Teilnahmebedingungen Bestandteil des Vertrages sind.
Ich bin mir bewusst, dass ich in meiner eigenen Verantwortung übe und auf mich achte.

Mit meiner Unterschrift melde ich mich verbindlich an.

Datum

Unterschrift