

ANMELDUNG FÜR YOGA



ChiYOGA ☐

SchwangerschaftsYOGA ☐

RückbildungsYOGA ☐

Vorname	Name
Strasse	PLZ/Ort
Tel-Nr.	Mobile
E-Mail	Geburtstag
Geburtsstermin	

WIE BIST DU AUF MICH AUFMERKSAM GEWORDEN?

☐ Internet ☐ Freunde ☐ Prospekt ☐ Andere _____

DEINE ERWARTUNGEN

Was wünschst du dir vom YOGA und was möchtest du erreichen.

DEINE BISHERIGEN ERFAHRUNGEN

Treibst du regelmässig Sport? Wenn ja, wie oft und welche Sportarten? ja ☐ nein ☐

Hast du schon Yoga-Erfahrung? Wenn ja, wie lange und wo? ja ☐ nein ☐

Bist du momentan in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, aus welchem Grund? ja ☐ nein ☐

Hat der Arzt dir die Genehmigung für Yoga erteilt? ja ☐ nein ☐

Nimmst du aktuell Medikamente ein? ja ☐ nein ☐

GESUNDHEITLICHE THEMEN

Rückenschmerzen	ja ☐	nein ☐	Bandscheibenvorfällen	ja ☐	nein ☐
Nackenproblemen	ja ☐	nein ☐	Verspannungen	ja ☐	nein ☐
Arthrosen/Rheuma	ja ☐	nein ☐	Gelenkschmerzen	ja ☐	nein ☐
Asthma/Bronchitis	ja ☐	nein ☐	Allergien	ja ☐	nein ☐
Blasenschwäche	ja ☐	nein ☐	Herz- / Kreislaufbeschwerden	ja ☐	nein ☐
Beckenbodenproblemen	ja ☐	nein ☐	Bluthochdruck	ja ☐	nein ☐
Stresssymptome/Burnout	ja ☐	nein ☐	Knieprobleme	ja ☐	nein ☐
Carpal Tunnel Syndrom	ja ☐	nein ☐	Schilddrüsenprobleme	ja ☐	nein ☐

Gibt es weitere Beschwerden oder fühlst du dich in irgendeiner Weise eingeschränkt?

Hattest du in letzter Zeit Operationen oder Eingriffe? ja ☐ nein ☐

Gibt es nach ärztlichem Rat oder aus eigener Erfahrung einen Grund, weshalb du nicht regelmässig trainieren solltest? ja ☐ nein ☐

TEILNAHMEBEDINGUNGEN

- Du nimmst eigenverantwortlich teil und achtest gut auf deinen Körper.
- Bitte Sorge selbst für eine ausreichende Versicherung.
- Die Anmeldung ist verbindlich. Wenn du einmal nicht kommen kannst, sag bitte mindestens 6 Stunden vorher ab, sonst muss ich die Lektion verrechnen.

Lektionsdauer 90 Min. / 60 Min. bei Gruppen in ChiYOGA
60 Min. bei Gruppen in Schwangerschafts- & Rückbildungs- YOGA
60 Min. bei Einzelpersonen

Mit deiner Unterschrift bestätigst du, dass du

- die Angaben wahrheitsgemäss ausgefüllt hast,
- mich über gesundheitliche Einschränkungen informierst,
- die Teilnahmebedingungen gelesen und akzeptiert hast.

Deine Daten behandle ich selbstverständlich vertraulich.

Ort & Datum _____

Unterschrift _____
Teilnehmer*in