



Nachname:

Vorname:

Geb. Datum:

Strasse:

Wohnort:

Tel:

E-Mail:

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig. Zutreffendes bitte ankreuzen, unterstreichen und ergänzen.

- 1. Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein
Wenn ja, welche?
- 2. Besteht eine Erkrankung am Herz-Kreislauf-System (Bluthochdruck, Herzinfarkt, etc.)? Ja Nein
- 3. Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder eine künstliche Herzklappe? Ja Nein

4. Liegt eine Bluterkrankung, Blutarmut oder erhöhte Blutungsneigung (Gerinnungsstörung) vor? Ja Nein
5. Hatten Sie schon eine Beinvenenthrombose, Lungenembolie oder Schlaganfall? Ja Nein
6. Haben Sie neurologische (Epilepsie) oder psychische Erkrankungen ? Ja Nein
7. Haben oder hatten Sie Gelbsucht oder eine Leberentzündung? Ja Nein
8. Haben Sie Bauchwand- oder Leistenhernien ? Ja Nein
9. Haben Sie andere Erkrankungen (Tumorerkrankungen, Tuberkulose, Diabetes ? Wenn ja, welche? Ja Nein
- •
• •
• •
10. Wurden Sie bereits operiert? Ja Nein
Wenn ja, welche Operationen und wann?
- •
• •
• •
11. Rauchen Sie regelmässig? Ja Nein
12. Zusatzfrage bei Frauen im gebärfähigen Alter: Können Sie schwanger sein oder Stillen Sie? Ja Nein

Datum

Kundin / Kunde

Wir bitten Sie uns umgehend Veränderungen bezüglich dieses medizinischen Fragebogens zu melden, da wir ansonsten das für Sie speziell adaptierte EMS Training nicht anpassen können und eine Haftung für Komplikationen nicht übernehmen können.

