

Anmeldung Mama-Workout

- Kurs jeweils mittwochs um 11:15 Uhr bis 12:00 Uhr
- 10 Kurseinheiten
- 120,00 Euro inkl. 2 Stunden Eintritt ins Thermalbad

Name,Vorname:.....

Anschrift:.....

Email:.....

Alter:.....Telefon:.....Handy:.....

Teilnahmebedingungen

1. Die verbindliche Anmeldung ist nur schriftlich möglich
2. Die Kursgebühr von 120,00 Euro ist spätestens vor Kursbeginn an der Kasse in bar, EC-Kreditkarte oder per Banküberweisung auf das Konto der Volksbank AhrRheinEifel, IBAN DE34577615910000079900 zu überweisen
3. Eine Rückerstattung der Kursgebühr bzw. Teilrückerstattung kann nur stattfinden, wenn eine ärztliche Bescheinigung vorgelegt wird.
4. Der Kurs findet nur statt, wenn eine Mindestteilnehmerzahl von 10 Personen besteht.
5. Die Aufenthaltsdauer in die Ahr-Thermen (ohne Sauna) beträgt insgesamt 2 Stunden. Sollten Sie länger im Bad sein fällt eine entsprechende Nachzahlgebühr an.
6. Die Walburgis GmbH übernimmt keine Haftung für gesundheitliche Risiken. Von der Risikofreiheit hat sich jede Kursteilnehmerin selbst zu überzeugen bzw. ärztlich abzuklären. Der beiliegende Fragebogen und die Unbedenklichkeitsbescheinigung des Arztes sind zu Beginn des Kurses bei der Kursleitung abzugeben.
7. Es gilt die gültige Haus- und Badeordnung

Ich bestätige, mit meiner Unterschrift, dass ich mit den vorliegenden Bedingungen einverstanden bin und melde mich verbindlich an

Datenschutzerklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz erhoben und weiterverarbeitet werden. Die Erhebung und Verarbeitung der vorgenannten personenbezogenen Daten erfolgt ausschließlich zum Zweck der Durchführung des Kurses. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt nicht.

Datum und Unterschrift

Unbedenklichkeitsbescheinigung

Für den Kurs: **Mama Workout** (Aquafitness für Schwangere)

Aus ärztlicher Sicht bestehen keine Bedenken / Risikofaktoren

das Frau _____

geboren am _____

an dem Aquafitness Kurs für Schwangere teilnimmt.

Datum

Unterschrift und Stempel der Praxis

Gesundheitsfragebogen

Vorbemerkungen

Dieser Fragebogen dient als Basis für eine vertrauensvolle und zielgerichtete Zusammenarbeit im Rahmen Ihrer Trainingsmaßnahme.

Alle Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt im Sinne des Datenschutzes.

Name, Vorname:.....

Anschrift:.....

Email:.....

Alter:.....Telefon:.....Handy:.....

Wann haben Sie zuletzt regelmäßig (d.h. mind. 2 x / Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten) Ihren Körper trainiert?

Monat.....Jahr.....

Trainingsform:.....

Können Sie schwimmen?

Innere Organe / Haut / Sinnesorgane / Neurologie

Hinweis: Falls Sie eine Frage mit Ja beantworten bitten wir um eine Kurze Erläuterung

1. Kommen Sie relativ schnell außer Atem bei körperlichen Alltagsbelastungen?

Ja Nein

Erläuterung:.....

2. Hatten Sie früher oder haben Sie heute Herzbeschwerden?

Ja Nein

Erläuterung:.....

3. Nehmen Sie herzkreislaufwirksame Medikamente?

Ja Nein

Erläuterung:.....

4. Nehmen Sie weitere Medikamente?

Ja Nein

Erläuterung:.....

5. Leiden Sie unter einer chronischen Atemwegserkrankung?

Ja Nein

Erläuterung:.....

6. Sind Sie Zuckerkrank (Diabetes mellitus)?

Ja Nein

Erläuterung:.....

7. Haben Sie einen zu hohen Blutdruck (über 140/90 mm Hg)?

Ja Nein

Erläuterung:.....

8. Leiden Sie unter venösen Durchblutungsstörungen

(z. B. Krampfadern)?

Ja Nein

Erläuterung:.....

9. Leiden Sie unter arteriellen Durchblutungsstörungen?

("Schaufensterkrankheit")

Ja Nein

Erläuterung:.....

10. Leiden Sie unter Hautkrankheiten oder Allergien?

Ja Nein

Erläuterung:.....

11. Leiden Sie unter Muskelkrämpfen?

Ja Nein

Erläuterung:.....

12. Haben Sie ein Anfallsleiden?

Ja Nein

Erläuterung:.....

13. Haben Sie gravierende Seh- bzw. Hörschwierigkeiten?

Ja Nein

Erläuterung:.....

14. Haben Sie eine neurologische Erkrankung/Beschwerden?

Ja Nein

Erläuterung:.....

15. Sonstige

Erkrankungen/Beschwerden:.....

.....

.....

Orthopädie

1. Hatten Sie in den letzten 6 Monaten eine Operation?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

.....

.....

2. Geben Sie jede Körperregion an, die von Verletzungen oder chronischen Zuständen betroffen

ist und erläutern Sie den Zustand

(z. B. Arthrose, rheumatische Zustände, Rückenprobleme, Tennisellenbogen, Nervenprobleme, Knochenbrüche, etc.)

Erläuterung

Kopf/Hals.....Schultergürtel.....

.....Arm, Ellenbogen,

Handgelenk, Hand.....

Oberer/unterer Rücken.....

Becken, Hüfte.....

Oberschenkel, Knie, Kniescheibe.....

Unterschenkel, Sprunggelenke, Fuß.....

Sonstiges (z.B. Implantat - künstliche Gelenke) und zwar.....

.....

3. Benutzen Sie ein orthopädisches Hilfsmittel (z. B. Stock, Rolator, spezielle Schuhe, Schienen, Stützstrümpfe)?

Ja Nein

Wenn ja, welche?.....

Sonstige Erkrankungen

Bitte erläutern Sie bisher nicht aufgeführte Beeinträchtigungen/Beschwerden, die Ihre Bewegungen und Ihre Belastbarkeit beeinflussen:.....

.....

Rauchen

Sind Sie Raucher? Ja Nein

Anzahl der Zigaretten / Tag 0-10 10-20 mehr als 20

Haben Sie früher geraucht? Ja Nein

Falls ja, wie lange?Jahr/e Aufgehört seit: Monat Jahr

Vorsorgeuntersuchung

Wann waren Sie das letzte Mal zur Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Arzt?

Monat.....Jahr..... Name des Arztes /

Fachrichtung.....

Schwangerschaft

Ich bin schwanger in derWoche

Der errechnete Geburtstermin ist.....

Körpergewicht (kg)

Gewicht..... Körpergröße.....

**Das Merkblatt für sicheres und optimales Training
habe ich gelesen und verstanden. Geschafft!
Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**