



**Yoga Namasté**

YOGA UND GESUNDHEITSCOACHING

# Fragebogen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon & Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

## Grund des Besuchs:

☐ Gesundheit stärken ☐ Entspannung

☐ Anderer Grund: \_\_\_\_\_

## Vorkenntnisse in Yoga:

☐ Ja ☐ Nein

## Falls betroffen, bitte zutreffende Krankheiten ankreuzen:

|                                                          |                                                   |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten           | <input type="checkbox"/> Osteoporose              |
| <input type="checkbox"/> Bluterkrankheit                 | <input type="checkbox"/> Rheuma                   |
| <input type="checkbox"/> Gefäßerkrankungen & Krampfadern | <input type="checkbox"/> Entzündungen             |
| <input type="checkbox"/> Krebs                           | <input type="checkbox"/> Operationen              |
| <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen                | <input type="checkbox"/> Offene Wunden / Schnitte |
| <input type="checkbox"/> Hoher Blutdruck                 | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen         |
| <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall             | <input type="checkbox"/> Endometriose             |
| <input type="checkbox"/> Künstliche Gelenke              | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____         |
| <input type="checkbox"/> Arthrose                        |                                                   |

Falls Sie eine oder mehrere Krankheiten angekreuzt haben:

Wie lange ist die Diagnose her? \_\_\_\_\_

Wie ist der Therapiestatus? \_\_\_\_\_

Liegen zur Zeit akute Schmerzen oder sonstige Beeinträchtigungen vor?  
Falls ja, welche?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: \_\_\_\_\_

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher oder therapeutischer Behandlung? Bzw.  
nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

☐ Nein, ich befinde mich aktuell in keiner Behandlung.

☐ Ja, folgende Medikamente: \_\_\_\_\_

Was ist zu berücksichtigen?

☐ Nebenwirkungen: \_\_\_\_\_

☐ Port

☐ Stoma

Sind Sie schwanger?

☐ Nein ☐ Ja, vrs. Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Sollte sich der gesundheitliche Zustand ändern oder die Teilnehmerin schwanger werden,  
sollte ich als Yogalehrerin / Coach umgehend informiert werden!

**Wichtiger Hinweis:** Bitte klären Sie vor Beginn der Yogastunden mit Ihrem behandelnden  
Arzt ab, ob Yoga ausgeübt werden darf.  
Sie üben Yoga auf eigene Verantwortung aus.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (Kunde)

\_\_\_\_\_  
Datum und Ort