

Angaben zum Gesundheitszustand

Name: _____

Adresse: _____

Geboren: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Ich habe folgende Wünsche und Ziele bezüglich meiner Yogapraxis:

Ich hatte/ habe folgende chronische/ körperliche/ psychische Beschwerden und gib einen zeitlichen Bezug zu Deinen Beschwerden an (z.B. aktuell, 2009...).

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein (bitte auch angeben weswegen):

Bitte ankreuzen, falls zutreffend:

() Ich bin im Moment schwanger.

() Ich möchte beim Yoga nur verbal korrigiert und nicht angefasst werden.

Platz für ergänzende Angaben:

Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung und ersetzt keine notwendige ärztliche Behandlung. Bei akuten Beschwerden empfiehlt sich eine vorherige Absprache mit dem behandelnden Arzt, Heilpraktiker oder Therapeuten.

Ort, Datum

Unterschrift