



Gesundheits – Check – up

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Gesundheitliche Beschwerden oder chronische Erkrankungen

- Gelenkerkrankungen?
- Herz – Kreislauf - Erkrankungen?
- Hautkrankheiten?
- Muskelerkrankungen?
- Chronische Beschwerden?

Sollte eines der oberen Felder zutreffen, bitte näher erläutern:

Die oben gemachten Angaben werden natürlich vertraulich behandelt und sind nur zur Absicherung der Kursleitung. In bestimmten Fällen kann bei Krankheiten von seitens der Referenten bzw. des Veranstalters ein ärztliches Attest gefordert werden.

Wir bitten Euch daher, die Fragen wahrheitsgemäß und ausführlich zu beantworten!

Ort, Datum

Unterschrift