

Gesundheitsfragebogen für Teilnehmende an dem Feldenkrais® Ausbildungsprogramm „Lüdenscheid 3“ 2024-2028

Die Teilnahme an einem Feldenkrais® Ausbildungsprogramm ist prinzipiell in jedem Gesundheitszustand möglich. Da in dem Trainingsprogramm mit Aufmerksamkeit, Bewegung und Berührung gearbeitet und neben der Selbsterfahrung auch die Arbeit mit anderen Personen praktiziert wird, ist es notwendig, Informationen über den Gesundheitszustand der Teilnehmenden zu erhalten.

Sicher haben Sie Verständnis dafür, dass wir auch über individuelle Einschränkungen unserer Studierenden informiert sein möchten, um umsichtig und sorgsam im Umgang miteinander lernen zu können.

Dieser Gesundheitsfragebogen ist Bestandteil der Anmeldeunterlagen.
Die hier gemachten Angaben werden vom Veranstalter streng vertraulich behandelt.
Nur die jeweils verantwortlichen Trainer/Trainerinnen haben Zugang zu diesen Daten.

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus.
Benutzen Sie gegebenenfalls die Rückseite dieser Blätter für weitere Angaben. Danke.

Name

Wir empfehlen Ihnen dringend, einen vollständigen medizinischen Gesundheitscheck durchführen zu lassen, falls dieser bisher nicht schon erfolgt ist.

Wie beschreiben Sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand?

.....
.....
.....

Hatten Sie jemals eine Operation oder schwere Verletzung? (falls ja, bitte Datum und Erläuterung)

.....
.....
.....

Sind Sie jemals wegen psychischer Probleme behandelt worden? (falls ja, bitte erläutern)

.....
.....
.....

Nehmen Sie regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente, die Ihre Teilnahme am Trainingsprogramm beeinflussen könnten? (falls ja, bitte erläutern)

.....
.....
.....

Bitte beschreiben Sie hier, falls Sie andere gesundheitliche Probleme oder individuelle Einschränkungen haben (z.B. neurologische Symptome, ernsthafte Rücken- oder Gelenkschmerzen, andere schwere Schmerzen oder Beschwerden, Allergien, übertragbare Krankheiten, Kreislaufprobleme, Herzbeschwerden, Atembeschwerden, etc.).

.....

.....

.....

.....

.....

Freiwillige Angaben: Gibt es andere außergewöhnliche oder psycho-soziale Belastungen? (Bspw. familiäre Pflege, Trennung, Scheidung, Alleinerziehend, Arbeitslosigkeit, etc.)

.....

.....

.....

.....

.....

Ich bestätige, dass die Angaben in diesem Gesundheitsfragebogen vollständig und wahr sind, und dass ich sie nach bestem Wissen gemacht habe.

Ort, Datum

Unterschrift

Haben Sie weiter Fragen dazu, sprechen Sie uns gerne persönlich an.

Bitte senden Sie diesen Fragebogen zusammen mit den anderen Vertragsunterlagen an:

**Christel Schulte, "mach was..." Kultur, Bildung, Gesundheit e.V.
Am Raffelberg 3a, 58515 Lüdenscheid**

mobil 0175-5913899

Email: C.Schulte@feldenkrais-luedenscheid.de