

Fragebogen für KundInnen

Name _____	Vorname _____
Strasse / Nr. _____	PLZ / Ort _____
Telefon P. _____	Telefon G. _____
Mobil _____	E-Mail _____
Geb.-Datum _____	Beruf _____
Größe _____	Gewicht _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf CANTIENICA® Körper in Evolution aufmerksam?

Internet/ Website
 Facebook
 Empfehlung
 Bücher/DVD/CD

Betreiben Sie Fitness/Sport?
 2-4 x pro Woche
 1 x pro Woche
 unregelmäßig
 nie

Was sind Ihre persönlichen Herausforderungen und Ziele?

Ja	Nein	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rückenprobleme (Bandscheiben, Skoliose, Rund-, Flachrücken etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Erkrankungen (Osteoporose, Arthrose, Arthritis, Spondylose etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Knieprobleme (Kreuzbänder, Menisken etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fußdeformationen (Hallux Valgus, Varus, Plattfuß, Senkfuß, Spreizfuß etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Muskel-, Gelenk- oder Knochenverletzungen (Brüche, Kunstgelenke etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen oder Druck in der Schulter, Brust, Hals und/oder Armen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen oder –verletzungen (Schleudertrauma, Migräne etc.)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Zustände, die medikamentöse Behandlung erfordern (z.B. Diabetes, Epilepsie)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Umstände, die eine ambulante oder stationäre Behandlung erfordern
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atemlosigkeit nach kleiner Anstrengung, Asthma, schwerer oder chronischer Husten
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Beeinträchtigung des Bewegungsapparates
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hoher Blutdruck, niedriger Blutdruck, Schwindelanfälle, Streifungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Leber-, Nieren- oder Stoffwechselprobleme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Implantate (Herzschrittmacher, Gelenke, Brustimplantate)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Schmerz- oder Beruhigungsmittel?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hat Ihnen Ihr Arzt von körperlicher Anstrengung abgeraten?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sind Sie jetzt oder waren Sie in den letzten 3 Monaten schwanger?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hatten Sie Damm- oder Kaiserschnitt(e)?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere Krankheiten?

Falls Sie eine der obenstehenden Fragen mit ja beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Angaben:

Bei bestehenden Haltungsschäden können am Anfang des Trainings durch die Dehnung verkürzter Muskeln Entwicklungsempfindungen auftauchen, die sehr unterschiedlich erlebt werden. Eine Person findet die muskelkaterähnlichen Sensationen angenehm, eine andere spürt es als Schmerz. Bitte informieren Sie uns sofort, wenn Sie die Sensationen als unangenehm empfinden.

Der/die Unterzeichnende erklärt für sich persönlich oder einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist, dass er oder sie keinerlei Schadenersatzansprüche gegen CANTIENICA AG, Benita Cantieni, **KOIKI Cantienica®-Training** oder die Angestellten, Beauftragten, Hilfspersonen oder Rechtsnachfolger der Vorgenannten anstrengen wird. Diese Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch das Programm von CANTIENICA® Körper in Evolution oder verwandte Programme direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung für grobes Verschulden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____