



HÖHENLUFT

Intervall-Training

[Alle persönlichen Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt.]

Name: _____
Vorname: _____
Strasse: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____
Mail: _____
Beruf: _____

Geburtsdatum: _____
 männl. weibl. Alter: _____
Krankenkasse: _____
 privat gesetzlich
 Beihilfe Zusatz

Bitte Zutreffendes ankreuzen / eintragen!

Rauchen Sie? Ja Nein Wenn ja, wie viel pro Tag?
Treiben Sie Sport? Ja Nein Wenn ja, wie viele Stunden pro Woche?
Sind Sie schwanger? Ja Nein Wenn ja, in welchem Monat?
Schlafstörungen? Ja Nein Wenn ja, an wie vielen Tagen pro Woche?
Bestrahlungen? Ja Nein Weshalb?
Operationen? Ja Nein Welcher Art / Wann?
Allergien? Ja Nein Wenn ja, welche?
Infekte? [in den letzten 12 Monaten] Ja Nein Wenn ja, welche?
Ernährungsweise? Mischköstler Vegetarier Veganer
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein Wenn ja, welche?
Körpergewicht /-größe? _____ Kilo _____ cm

Bluthochdruck Gefäßerkrankung Schilddrüsenerkr. Diabetes mellitus Arthrose
 Herzinfarkt Thrombose Lebererkrankung Hepatitis Osteoporose
 Schlaganfall Krampfanfälle Nierenerkrankung HIV Gicht
 KHK Asthma / COPD Reizmagen /-darm Krebs / Tumor Rückenschmerzen
 Migräne Schlafapnoe Hauterkrankungen Tinnitus Schwindel
Sonstiges _____

Beruflicher / privater Stress Müdigkeit / Leistungsabfall
 Depressionen / Burn-Out Angst / Panikgefühle

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Internet Werbeflyer Empfehlung durch: Familie / Freunde / Bekannte
Anzeigen Name: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der Angaben.

Datum _____ Unterschrift _____