

## EMBODY Fragebogen

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

Falls du Sport machst, welchen?

Was möchtest du mit Embody erreichen?

---

<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
<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 spez. 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, Schwindungen
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzbeschwerden jeder Art, 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)

Falls eine der obenstehenden Fragen mit ja beantwortet wurde, bitte nähere Angaben:

---

Der/die Unterzeichnende erklärt für sich persönlich oder einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist, dass er oder sie keine Schadenersatzansprüche gegen die CANTIENICA AG, oder Nükhet Wieben, EMBODY, 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® – Methode für Körperform & Haltung oder verwandte Programme direkt oder indirekt verursacht wurden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_