

ANAMNESEBOGEN **Liegend abnehmen**

Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Straße/Hausnr.	PLZ	Wohnort
Telefon	E-Mail	
Körpergröße in cm	Gewicht	

Keine Durchführung bei nachfolgenden Kontraindikationen

	ja	nein
Herzschrittmacher/Herzerkrankungen		
Schwere Durchblutungsstörungen		
Akute Infektionen/Entzündungen		
Thrombosen, Gefäßerkrankungen		
Schlaganfall/Epilepsie		

	ja	nein
Akutes Gelenkrheuma		
Krebs/Tumore		
Unbehandelter Bluthochdruck		
Krampfadern/Venenentzündungen		
Schwangerschaft/Stillzeit		

Weitere Gesundheitsfragen

Leiden Sie an einem Lipödem/Lymphödem? ja nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Verletzungen oder Operationen die Sie derzeit einschränken? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Im Zweifelsfall muss Rücksprache mit einem Arzt gehalten werden.

Mögliche Nebenwirkungen (nicht zwingend) nach der Behandlung:

Leichte Rötung und Kribbeln der Haut, Müdigkeit, vermehrter Durst, leichter Muskelkater, tiefer Schlaf, leichte Kopfschmerzen, vermehrtes Wasserlassen, Anregung der Darmtätigkeit. Ich wurde über die möglichen Nebenwirkungen der Behandlung aufgeklärt. Mir wurden realistische Resultate dargelegt und ich konnte alle wichtigen Fragen zur Behandlung, ihrer Wirkung und etwaigen Kontraindikationen stellen. Hiermit bestätige ich, alle Fragen zu meinem Gesundheitszustand und zum Ausschluss möglicher Kontraindikationen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet zu haben und stimme der Behandlung zu.

Bitte beachten Sie:

Bitte erscheinen Sie immer 10 Minuten vor Ihrem Termin, damit die Behandlung rechtzeitig begonnen werden kann. Bei einer Verspätung ihrerseits bis zu 15 Minuten müssen wir die Behandlung leider entsprechend der Verspätung kürzen. Bei einer Verspätung von mehr als 15 Minuten ihrerseits verfällt die Behandlung und kann nicht erstattet oder nachgeholt werden. Wenn Sie einen vereinbarten Behandlungstermin einmal nicht wahrnehmen können, so sagen Sie uns bitte rechtzeitig Bescheid. Das bedeutet, mindestens 24 Stunden vorher per Mail oder per Telefon. Nur wenn Sie rechtzeitig absagen haben wir die Chance, den Termin neu zu besetzen. Der Kauf einer 10er-Karte ist verpflichtend und kann nicht rückgängig gemacht oder ausbezahlt werden.

Hiermit bestätige ich, dass keine der genannten Erkrankungen oder Einschränkungen vorliegen bzw. wurde die Behandlung Liegend abnehmen durch einen Arzt freigegeben. Ich verpflichte mich, den Trainingsanbieter über Änderungen meines Gesundheitszustandes umgehend zu informieren und ihm akute Erkankungen oder Einflüsse von Medikamenteneinnahmen vor der Anwendung mitzuteilen. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe und mit der Behandlung Liegend abnehmen jetzt beginnen möchte.

Ort/Datum Name leserlich Unterschrift Kunde

Trinkgewohnheiten

Kaffee ja nein
Tee ja nein
Alkohol ja nein
Säfte ja nein
Softdrinks ja nein
Wasser ja nein

tägliche Trinkmenge in Liter _____

Ernährung

gesund/ausgewogen ja nein
Kantine ja nein
Fast Food ja nein
Süßigkeiten ja nein
fetthaltige Speisen ja nein
regelmäßige Mahlzeiten ja nein

Anzahl der Mahlzeiten/Tag _____

Berufliche Tätigkeit

Überwiegend sitzend
Überwiegend stehend
Körperliche Arbeit

Sportliche Aktivität

kein Sport
1-2 x pro Woche
3-5 x pro Woche

Wo möchten Sie gerne abnehmen?

Bauch Unterschenkel/Waden
Po/Hüfte Oberarme
Oberschenkel/Reiterhosen gesamter Körper

Wieviel möchten Sie abnehmen?

_____ Kg

Messung der Kennenlernbehandlung

	Umfang Bauch in cm			Umfang Bein links in cm			Umfang Bein rechts in cm		
	vorher	nachher	Diff.	vorher	nachher	Diff.	vorher	nachher	Diff.
oben									
mitte									
unten									

Datenschutzerklärung

Die personenbezogenen Daten des Interessenten werden gemäß den aktuell geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet. Bei den von uns erhobenen Daten handelt es sich um Namen, Anschrift, Geburtsdatum, E-Mail und Telefonnummer. Die Daten werden dabei auch in elektronischer Form gespeichert. Es werden ohne Einwilligung des Interessenten keine personenbezogenen Daten an Dritte übermittelt.

Besondere Einwilligung

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld bitte frei.

Ich willige ein, dass personalfit RK meine Gesundheits- und Körper-Daten, u.a. die Körperanalysedaten, Trainingsintensitäten, Trainingstage zum Zwecke des Trainings- und der Einlasskontrolle verarbeitet und ggf. bei Kontrollen der Behörden nennen darf. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie können den Widerruf persönlich, schriftlich oder per E-Mail an info@personalfit-rk.de übermitteln.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde

Mir stehen gegenüber personalfit RK folgende Rechte zu:

Das Recht auf Auskunft (es entstehen mir dadurch keine Kosten wie Porto bzw. Übermittlungskosten), ein Berichtigungsrecht, das Recht auf Löschung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht, gespeicherte Daten herauszuverlangen, um sie bei einem anderen Verantwortlichen speichern zu lassen (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Ich habe bei unrechtmäßiger Datenverarbeitung das Recht, Widerspruch einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Ort/Datum

Unterschrift Kunde