



**Amt für Gesundheitsvorsorge  
ZEPRA**

**Anmeldung Fitnesskurse für Mütter im Kanton St. Gallen**

Name:

Vorname:

Email:

Strasse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum der Mutter:

Geburtstermin:

Telefonnummer:

**Betreuender Arzt/Ärztin oder Hebamme:**

**Bitte unbedingt ausfüllen! Danke.**

**☐ Ich bin einverstanden, dass ich für eine Evaluation der Fitnesskurse angeschrieben werde.**

Umgesetzt von:



## **Gesundheits-Check: Bewegungskurse Mütter**

### **Mutter:**

Name:

Vorname:

Adresse:

Geburtsdatum:

Telefon:

Arzt:

### **KIND:**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Kinderarzt:

### **Notfall – Kontakt:**

Name:

Vorname:

Telefon:

## **Gesundheitsfragen**

1) Haben Sie Probleme mit der Atmung (z.B. Asthma)?

☐ Ja

☐ Nein

2) Haben Sie Probleme mit dem Herz (z.B. Bluthochdruck, Schwindel, etc.)?

☐ Ja

☐ Nein

3) Haben Sie Probleme mit den Gelenken?

☐ Ja

☐ Nein

4) Haben Sie Allergien?

☐ Ja ☐ Nein wenn Ja, welche:

Haben sie ein Notfallmedikament?

Wenn ja, wo befindet es sich?

5) Nehmen Sie zurzeit Medikamente?

☐ Ja ☐ Nein

1) Haben sie Diabetes ( Zuckerkrank)?

☐ Ja ☐ Nein

2) Haben sie sonst etwas, dass ich wissen sollte?

☐ Ja ☐ Nein

Falls sich etwas an meinem Gesundheitszustand verändert, werde ich vor der weiteren Teilnahme am Kurs dies mit meinem behandelnden Arzt besprechen.

Die Teilnahme am Kurs und die Ausführung der Übungen verantworte ich selbst.

Datum, Name: \_\_\_\_\_