



Anmeldebogen EMS-Training

Persönliche Angaben:

Name: _____

Anschrift: _____

PLZ: _____ Wohnort: _____

Geb.-Datum: _____

Telefon: _____

Körpergröße: _____

Körpergewicht: _____

Bisherige sportliche Betätigung: gar nicht 1-2x/Woche >2x/Woche

Wenn ja, welche? _____

Welche Ziele verfolgen Sie mit dem EMS-Training?

Schmerzreduktion/Schmerzfreiheit

Kräftigung/Muskelaufbau

Gewichtsreduktion

Straffung

Allgemeine Fitness

Verbesserung der Ausdauer

Spaß an der Bewegung/Stressabbau

Leistungssteigerung

Kontraindikationen:

Hiermit erkläre ich, dass ich über die nachstehenden Kontraindikationen aufgeklärt wurde, keine bei mir vorliegen und ich mit dem EMS-Training einverstanden bin. Sollte eine der unten genannten Kontraindikationen zutreffen, empfehle ich die Rücksprache mit dem Arzt. Bei Unwohlsein oder auftretenden Beschwerden während des Trainings melde ich dies sofort meinem Trainer und breche das Training umgehend ab.

Trinken Sie bitte VOR und NACH dem Training mind. 250ml Wasser!

Kontraindikationen für EMS-Training:

Ja	Nein	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Herzschrittmacher, Hirnschrittmacher
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwere arterielle Durchblutungsstörungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Krebserkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Bluterkrankungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Schwangerschaft
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	schwere neurologische Erkrankungen
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Arteriosklerose im fortgeschrittenen Stadium
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Buchwand- oder Leistenhernie
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	akute fieberhafte, bakterielle oder virale Erkrankung
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	extreme Blutdrucksituation
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Thrombose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Tuberkulose
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Nierenerkrankungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die oben genannten Kontraindikationen zur Kenntnis genommen und verstanden zu haben.

Bei nicht fristgerechter Absage eines Termins, d.h. mindestens 24 Stunden vorher, sind wir gezwungen, Ihnen den Termin in Rechnung zu stellen.

Ort, Datum

Unterschrift