Gesundheitsfragebogen

Damit wir Ihre Sitzungen optimal vorbereiten können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen unmittelbar nach Erhalt auszufüllen und an die European ROLFING® Association e.V. zurückschicken! Alle Angaben sind freiwillig!
Das Formular muss aus rechtlichen Gründen für jede Buchung neu ausgefüllt werden.
Die Daten werden ausschließlich für interne Zwecke genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.

1. Erklärung

Rolfing ®-Sitzungen sind keine medizinische Heilbehandlung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der von mir gewünschten Rolfing®-Sitzungen aus rechtlichen Gründen, Krankheiten, Leiden, körperliche Schäden oder krankhafte Beschwerden weder diagnostiziert noch behandelt werden können. Mir ist bewusst, dass Rolfing® kein Heilversprechen ist und eine bestimmte Wirkung nicht zugesichert werden kann.

Mir ist bekannt, dass ich bei Unklarheiten jederzeit ärztlichen Rat einholen kann. Ich leide weder an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte, noch befinde ich mich zurzeit in psychiatrischer Behandlung.

Hiermit willige ich gegenüber der European ROLFING® Association e.V. explizit in die Datenverarbeitung meiner unten angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ich bestätige, dass ich weiß, dass das Transparenzdokument mit den Angaben nach Art. 13 und 14 DS-GVO auf unserer Internetseite **https://rolfing.org/de/transparenzdokument** einsehbar ist.

_____

Datum, Ort und Unterschrift

2. Persönliche Kontakt- und Gesundheitsdaten

Vor- und Nachname:

Straße, Hausnr: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

Email:

Geburtsdatum: Größe: Gewicht:

Hatten Sie schon Rolfing®-Sitzungen? (Bei wem und wann ungefähr?)

Haben Sie chronische oder akute körperliche Beschwerden?

Tragen Sie Kontaktlinsen/ein Gebiss/eine herausnehmbare Brücke?

Haben Sie Psychotherapieerfahrung? Erfahrung in anderen Körpertherapien?
(wenn ja, welche, seit wann bzw. wie lange schon)

Welche ärztlich verschriebenen Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten genommen? (falls bekannt - wofür bzw. wogegen?)

Welche Operationen oder Knochenbrüche hatten Sie bisher (und wann)?

Welche schweren Krankheiten hatten Sie in den letzten 8 Monaten?
Krebserkrankungen sollten seit mehr als 5 Jahre ausgeheilt sein.

Hatten oder haben Sie folgende Krankheiten?

☐ Herzleiden	☐ Osteoporose	☐ Knochenmarksentzündung
☐ Krebs	☐ Venenentzündung	☐ hoher/niedriger Blutdruck
☐ Bluter	☐ Gelenkleiden	☐ Schilddrüsenprobleme
☐ Tuberkulose	☐ Krämpfe	☐ Blutverdünner
☐ Zucker	☐ Bandscheibenbeschwerden	☐ Sonstiges

Welche Sportarten betreiben Sie regelmäßig?

Bei Frauen (wegen Baucharbeit): ☐ ja ☐ nein
Tragen Sie eine Spirale? ☐ ja ☐ nein
Sind Sie schwanger?

Um ggf. Sprachbarrieren zu überwinden, möchten wir wissen ob Sie Englisch oder eine andere Fremdsprache sprechen. Bitte stufen Sie dazu Ihre Konversationsfähigkeit in den angegebenen Fremdsprachen ein.
Dabei entspricht eine 1 = fließenden und eine 5 = sehr geringen Kenntnissen.

Englisch Andere Sprachen

Wodurch haben Sie von den Rolfing-Sitzungen als Modell in der Ausbildung erfahren?

☐ Internet ☐ Freunde ☐ Flyer ☐ Anzeige im ...

_____

Datum, Ort und Unterschrift

Bitte senden Sie den unterschriebenen Gesundheitsfragebogen an

Dr. Ida Rolf Institute® Europe
c/o European ROLFING® Association e.V.
Andrea Nossem
Saarstr. 5
80797 München
per E-Mail an
modelle@rolfing.org