

Wann und wie kam Ihr Kind zur Welt? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie Beschwerden, die von der Geburt her kommen?  ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie Rückenschmerzen?  ja  nein

Leiden Sie an Inkontinenz?  ja  nein  
Wann?  Husten / Niesen  Heben von Lasten  
 Kann den Urin schlecht zurück halten bevor ich auf die Toilette muss  
 Anderes

Stillen Sie?  ja  nein

Haben Sie bereits Kinder?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Rückbildung gemacht?  ja  nein

Haben Sie vor der Geburt regelmässige körperliche Aktivität betrieben?  
 ja  nein  
Welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?  ja  nein  
Weshalb? \_\_\_\_\_

Gibt es aus ärztlicher Sicht bedenken, weshalb Sie keinen Sport treiben dürfen?  
 ja  nein  
Weshalb? \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

# MOVE

## FRAGEBOGEN RÜCKBILDUNG

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung im resilienzwerk trainiere. Mit dieser Bestätigung befreie ich die Firma resilienzwerk vor jeglicher Verantwortung und sämtlichen Schadenersatzforderungen.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_