

Bitte ausdrucken und spätestens 3 Tage vor Ihrem Termin senden an:

Studio für Körperhaltung Dagmar Schultz, Gutenbergstraße 2, 23566 Lübeck;
Fax: 0451-5028532; schultz@cantienica-luebeck.de. Herzlichen Dank!

Hiermit bestätige ich den Termin am um für ein Cantienica-Privattraining verbindlich:

Bezahlen möchte ich

bar bei Kursbeginn per Überweisung; der Betrag muß vor Kursbeginn beim Studio für Körperhaltung eingegangen sein.

Haben Sie Barzahlung gewählt, bitte ich Sie, ein paar Minuten früher zu kommen.

Für Ihre Überweisung hier die Bankverbindung: IBAN: DE 44 4306 0967 2003 529 400, BIC: GENODEMIGLS.

Bei Abmeldung entstehen Ihnen keine Kosten, wenn die Abmeldung bis 24 Stunden vor dem verabredeten Termin eingeht. Preise und AGB entnehmen Sie bitte unserer Webseite.

Ort, Datum, Unterschrift

Name _____ Vorname _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____

Mobil _____ E-Mail _____

Geb.-jahr _____ Beruf _____

Größe _____ Gewicht _____

Wie oder durch wen wurden Sie auf CANTIENICA® - Methode für Körperperform & Haltung aufmerksam?

Was möchten Sie mit der CANTIENICA®-Methode für sich erreichen?

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit (für sich persönlich oder einen Minderjährigen, für den er oder sie verantwortlich ist), dass er oder sie keinerlei Schadensersatzansprüche gegen die CANTIENICA AG, Benita Cantieni oder die Angestellten, Beauftragten, Hilfspersonen oder Rechtsnachfolge der Vorgenannten anstrengen wird. Die Erklärung betrifft alle Forderungen aus sämtlichen Schäden, sei es an Personen oder Sachen, die durch das CANTIENICA®-Körpertraining direkt oder indirekt verursacht wurden. Ausgenommen bleibt die Haftung der vorgenannten Person für grobes Verschulden.

Ort, Datum

Unterschrift

CANTIENICA®-Fragebogen

Der Fragebogen dient ausschließlich dazu, Personal Training auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abzustimmen
Die Daten werden streng vertraulich behandelt.

	Ja	Nein	Manchmal	Häufig		Ja	Nein	Manchmal	Häufig
Leiden Sie unter Rückenschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist Ihre Sehkraft eingeschränkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Kurzsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Diagnose: _____					Weitsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
					Andere Fehlsichtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Bitte, beschreiben Sie Ihre Beschwerden: Wann und wo treten sie auf; was für Schmerzen sind es (stechend, drückend, pulsierend ...)? Wie helfen Sie sich selbst?					Hatten oder haben Sie Probleme mit Stirnhöhle, Kieferhöhlen o.ä.?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____					Hatten oder haben Sie andere Verletzungen, Beschwerden, Einschränkungen am Kopf?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
_____					Welche? _____				
_____					_____				
_____					Hatten Sie Operationen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
_____					Welche? _____				
_____					_____				
Erlitten Sie je ein Steißbeintrauma?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____				
Wann, mit welchen Folgen? _____					_____				
_____					Schnittführung/Narbenverlauf/Narbenzustand				
_____					_____				
Wurde Beckenschiefstand festgestellt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			_____				
Leiden/litten Sie an Bandscheibenproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Nehmen Sie regelmäßig Schlaf-, Beruhigungs-, Schmerzmittel, Psychopharmaka?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Halswirbel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Erlitten Sie je einen Organbruch, Leistenbruch, Prolaps?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Brustwirbel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Leiden Sie unter Hämorrhoiden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lendenwirbel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Leicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leiden Sie unter Arthrose/Gelenkbeschwerden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stark	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüftgelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Leiden Sie unter Inkontinenz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schultern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Urin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kreuzbeingelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Stuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spondylarthrose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Betreiben Sie Gymnastik oder Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wenn ja, was? _____				
Füße, Sprunggelenke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				
Ellbogen/Hände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				
Gibt es einen ärztlichen Befund?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			Frauen				Anzahl
Diagnose: _____					Haben Sie Kinder geboren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____
_____					Hatten Sie einen/mehrere Dammschnitt/e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____
_____					Hatten Sie einen/mehrere Kaiserschnitt/e?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		_____
Leiden Sie unter Migräne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Haben sich Unterleibsorgane gesenkt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Leiden Sie unter Spannungskopfschmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Welche? _____				
Kennen Sie Schmerzen im Kiefergelenk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____				
Haben Sie Probleme mit den Stimmbändern?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Männer				
Leiden Sie an Hör-/Ohrproblemen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Ist Ihre Prostata vergrößert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
Welche? _____									