

Fragebogen



Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

PLZ: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

1. Warum möchtest Du Yoga praktizieren und wie wichtig sind Dir folgende Punkte dabei?

	1	2	3	4	5
Gewichtsausgleich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abbau von Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verbesserung des Selbstwertgefühls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spaß an Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Achtsamkeit/Körpergefühl verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgleich zu Ausdauer-/Krafttraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konzentrationssteigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesunderhaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nach Krankheit Fitness erhöhen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination und Reaktion verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Ruhe finden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1 = unwichtig, 2 = eher unwichtig, 3 = teils teils, 4 = eher wichtig, 5 = sehr wichtig

2. Vorerkrankungen/ körperliche Beschwerden:

3. Berufliche Tätigkeit: _____

4. Betreibst Du Sport? JA / NEIN

Wenn JA welche Sportarten: _____

5. Wie häufig bist Du sportlich aktiv? (Wandern, Radfahren, Schwimmen, Tanzen gehören auch dazu.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> keine sportliche Betätigung | <input type="checkbox"/> 1 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Weniger als 1 Mal pro Monat | <input type="checkbox"/> 2 Mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Weniger als 1 Mal pro Woche | <input type="checkbox"/> 3 Mal pro Woche und mehr |

Ich fühle mich körperlich und geistig gesund und in der Lage am Yoga-kurs/Einzelunterricht teilzunehmen. Die Teilnahme findet auf eigene Verantwortung und Gefahr statt. Surya Yoga und seine Erfüllungsgehilfen werden von jeglichen Haftungsansprüchen freigestellt.

Datum / Unterschrift _____

Datenschutzerklärung:

Der/Die Teilnehmer/-in wird hiermit darauf hingewiesen, dass personenbezogene Daten zu Bearbeitungszwecken elektronisch gespeichert werden. Die Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes werden dabei selbstverständlich eingehalten und keinesfalls Daten weitergegeben.

Der/Die Teilnehmer/-in erklärt sich in diesem Umfang mit der Bearbeitung und Nutzung seiner/ihrer personenbezogenen Daten bereit.

Datum / Unterschrift _____