

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ημερομηνία:

Όνομ/νυμο:

Διεύθυνση :

Τηλέφωνα επικοινωνίας:Διεύθυνση Email:.....

Παρακαλώ σημειώστε αν ισχύει κάτι από τα παρακάτω:

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| Υψηλή πίεση | <input type="checkbox"/> | Αναπν/κά προβλήματα | <input type="checkbox"/> | Εγκυμοσύνη | <input type="checkbox"/> |
| Οστεοπόρωση | <input type="checkbox"/> | Προβλήματα Αρθρώσεων | <input type="checkbox"/> | Χρόνια Ασθένεια | <input type="checkbox"/> |
| Δισκοπάθεια | <input type="checkbox"/> | Κάταγμα/Σπάσιμο | <input type="checkbox"/> | Άσθμα | <input type="checkbox"/> |
| Καρδ/κά προβλήματα | <input type="checkbox"/> | Πρόσφατο χειρουργείο | <input type="checkbox"/> | Σκολίωση | <input type="checkbox"/> |
| Προβλήματα Νεφρών | <input type="checkbox"/> | Διαβήτης | <input type="checkbox"/> | Πόνοι μέσης | <input type="checkbox"/> |
| Αυχενικό | <input type="checkbox"/> | Ίλιγγοι | <input type="checkbox"/> | Κατάθλιψη | <input type="checkbox"/> |

Άλλο

Παρακαλώ σημειώστε αν έχετε δοκιμάσει κάτι από τα παρακάτω:

- | | | | | | |
|-------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Χορός | <input type="checkbox"/> | Τρέξιμο | <input type="checkbox"/> | Αεροβική | <input type="checkbox"/> |
| Yoga | <input type="checkbox"/> | Κολύμπι | <input type="checkbox"/> | Ομαδικά αθλήμ. | <input type="checkbox"/> |

Άλλο

Σημειώστε αν ακολουθείτε κάποια φαρμακευτική αγωγή:

-
-
-
-

Σημειώστε κάτι άλλο που θεωρείτε απαραίτητο να γνωρίζουμε:

.....

Στα μαθήματα Pilates συμμετέχω με δική μου ευθύνη και βεβαιώνω πως το studio pilates, οι εκπαιδευτές του και οι ιδιοκτήτες του δεν ευθύνονται για τυχόν ιατρικό πρόβλημα παρουσιαστεί στον χώρο τους.

Υπογραφή: