



Gesundheitscheck vor dem Training

Move to Happiness · Katharina Stehle · Rheinackerweg 235, 5326 Leibstadt · +41 76 321 08 09 ·
katharina@move-to-happiness.com

Damit ich dein Training sicher planen kann, brauche ich diese Angaben. Sie bleiben bei mir.

1 Zu dir

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____ E-Mail _____

Notfallkontakt (Name, Telefon) _____

Angebot: ☐ Personal Training ☐ Coaching ☐ Kombi ☐ Ernährungsplan ☐ Gruppenkurs
☐ Firmenfitness

Laufzeit oder Block _____ Start am _____

2 Gesundheit

- | | | |
|----|---|---|
| 1 | Herzerkrankung oder zu hoher Blutdruck (ärztlich festgestellt)? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 2 | Schmerzen in der Brust, in Ruhe oder bei Anstrengung? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 3 | Schwindel mit Gleichgewichtsverlust oder Bewusstlosigkeit in den letzten 12 Monaten? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 4 | Andere chronische Erkrankung, etwa Diabetes, Asthma, Osteoporose oder Krebs? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 5 | Regelmässig Medikamente? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 6 | Beschwerden oder Verletzungen an Rücken, Gelenken, Muskeln oder Sehnen, auch frühere? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 7 | Operation oder Unfall in den letzten 12 Monaten? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 8 | Schwanger oder Geburt in den letzten 12 Monaten? Wenn ja: Geburt am _____ · ☐
Kaiserschnitt · Beschwerden Beckenboden oder Bauch ☐ | Ja ☐ Nein ☐ |
| 9 | Ärztlicher Rat, dich nur unter Aufsicht zu bewegen, oder ein anderer Grund, nicht zu trainieren? | Ja ☐ Nein ☐ |
| 10 | Nur Coaching und Ernährung: Allergien, Unverträglichkeiten, Essstörung oder besondere Ernährungsform? | Ja ☐ Nein ☐ |

Bei Ja: Was genau?

Bei einem Ja bei Frage 1 bis 9 klärst du vor dem ersten Training ärztlich ab, ob und wie du trainieren darfst. ☐
Erfolgt am _____

3 Erklärungen

- ☐ **Angaben.** Meine Angaben sind vollständig und wahr. Änderungen melde ich vor dem nächsten Training. Folgen falscher oder fehlender Angaben trage ich selbst, soweit Katharina kein Verschulden trifft.
- ☐ **Risiko.** Katharina hat mich über die Risiken aufgeklärt (Muskelkater, Überlastung, Verletzung), ich konnte Fragen stellen. Ich trainiere im Rahmen meiner Möglichkeiten und breche bei Beschwerden ab. Trainiere ich trotz eines Ja ohne ärztliche Abklärung, tue ich das auf eigenes Risiko. Training ersetzt keine Therapie. Für meine Versicherung und meine Wertsachen Sorge ich selbst.

- ☐ **Kinder (Mama-Bootcamp).** Die Aufsicht über meine Kinder bleibt während des ganzen Trainings bei mir, auch wenn sie mitmachen.
- ☐ **AGB.** Ich habe die AGB von Move to Happiness (Stand 25.10.2026) erhalten und akzeptiere sie, insbesondere: Bei vorzeitiger Beendigung gilt der Monatspreis der erreichten Laufzeit (Ziffer 5). Nicht bezogene Einheiten und Kursstunden verfallen (Ziffer 4, 7). Einzeltermine sind bis 24 Stunden vorher kostenlos absagbar (Ziffer 9).
- ☐ **Gesundheitsdaten.** Ich willige ausdrücklich ein, dass Katharina Stehle meine Gesundheitsangaben für mein Training bearbeitet und im Notfall dem Rettungsdienst und meinem Notfallkontakt das Nötige mitteilt. Sonst gibt sie nichts weiter. Sie vernichtet das Formular spätestens drei Jahre nach Ende der Zusammenarbeit. Widerruf jederzeit möglich, dann aber kein Training mehr.
- ☐ **Fotos und Videos** (freiwillig). Katharina darf Bilder vom Training, auf denen ich zu erkennen bin, auf Instagram und der Website zeigen: ☐ ja ☐ nein · meine Kinder: ☐ ja ☐ nein. Widerruf jederzeit möglich.

Nur bei Wohnsitz in der EU und Start vor Ablauf von 14 Tagen

☐ «Ich verlange, dass Katharina Stehle vor Ablauf der Widerrufsfrist mit der Leistung beginnt. Mir ist bekannt, dass ich bei einem Widerruf die bis dahin erbrachten Leistungen anteilig bezahle und dass mein Widerrufsrecht erlischt, sobald die Leistung vollständig erbracht ist.» Belehrung und Formular: AGB Ziffer 13.

Ort, Datum

Unterschrift (unter 18 Jahren zusätzlich erziehungsberechtigte Person)

Nur für Katharina: Besprochen und AGB übergeben am _____ · Kopie ausgehändigt am _____ · Ärztliche Bestätigung gesehen ☐ · Vernichten am _____