

Medische vragenlijst Bungee Super Fly

Voornaam:

Naam:

Adres:

Email:

GSM:

Geboortedatum:

Gewicht: (nodig om te weten hoeveel rekkers er in de bungee moeten)

Ben je momenteel in goede gezondheid:

Zijn er recente ziektes/operaties geweest:

Heb je problemen met je zicht (niet gecorrigeerd door bril of lenzen):

Heb je problemen met je gehoor (niet gecorrigeerd door een hoorapparaat):

Neem je iets van medicatie of ben je onder medische behandeling dat invloed kan hebben op je Bungee Workout:

Neem je medicatie voor hoge bloeddruk:

Ben je zwanger:

Ben je bevallen in de voorgaande 3 maanden:

Heb je een keizersnede gehad in de voorbije 6 maanden:

Heb je de laatst 12 maanden last gehad van:

astma, epilepsie, huidproblemen (eczema, psoriasis, dermatitis), rugpijn, nekpijn, pols- of andere gewrichtsklachten die je mobiliteit/functioneren beïnvloeden, artritis, reuma, artrose, borstpijn, longontsteking, bronchitis, meermaals hoofdpijn, migraine, hernia, hoge bloeddruk, flauwvallen, diabetes,...

Zo ja: welke klachten en wanneer:

Mogen eventueel genomen foto's en/of video's gebruikt worden ter promotie op website, facebook, instagram:

Ik verklaar deze vragenlijst naar waarheid ingevuld te hebben en bij eventuele veranderingen zal ik dit ook melden.

Ik verklaar op de hoogte te zijn dat Inner Balance Center/Tamara Van Camp niet verantwoordelijk gesteld kan worden voor eventuele ongevallen.

Datum:

Naam:

Handtekening: