

# Bedürfnisabklärung

## 1. Persönliche Daten

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Name Baby: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Baby: \_\_\_\_\_

Anzahl Geschwisterkinder und Alter: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf fitdankbaby® aufmerksam geworden? \_\_\_\_\_

## 2. Gesundheitszustand Mutter und Kind

Hatten Sie eine natürliche Geburt? Ja  Nein, KS

Haben Sie einen Rückbildungskurs besucht? Ja  Nein

Stillen Sie zurzeit? Ja  Nein

Waren Sie schon mal im Krafttraining oder einer Gruppen-Fitnessstunde? Ja  Nein

Haben Sie vor der Schwangerschaft regelmäßig Fitness oder Sport betrieben? Ja  Nein

Wenn ja, welchen? \_\_\_\_\_

Haben Sie erhöhten Blutdruck? Ja  Nein

Knie-, Gelenk- oder Rückenprobleme? Ja  Nein

Herz-/Kreislaufprobleme? Ja  Nein

Verlieren Sie Urin beim Husten/Niesen? Ja  Nein

Kam Ihr Baby mehrere Wochen vor dem errechneten Termin zur Welt? Ja  Nein

Wenn ja, wie viel früher? \_\_\_\_\_ Wochen

Hat Ihr Baby körperliche oder geistige Einschränkungen? Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sonstige Einschränkungen (Spezifizierung der genannten/Medikamente):

---

---

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass meine Angaben richtig sind.

Falls eine Frage mit "ja" beantwortet wurde, kann unter Umständen ärztlicher Rat empfohlen werden.

Datum, Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_