

שאלון ללקוח סטודיו "מרחב תנועה"

שם מלא: _____ תאריך לידה: _____

כתובת: _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____

אימייל: _____

מקצוע: _____

האם ביצעת פעילות גופנית כלשהי בעבר או בהווה? אם כן אידוז?

אילו מטרות את/ה מקווה להש/יג בעזרת שיטת הפילאטיס?

אנא פרט/י אם עברת:

ניתוחים:

פציעות:

כאבים:

← המשך בצד השני



הריון : כן/לא ניתוח קיסרי: כן/לא מספר לידות: _____

עוד פרטים על ההיסטוריה הרפואית שלך (כגון דליפת שתן, לחץ דם, אסטמה, אוסטפורוזיס, עקמת וכו'):

ברוכים הבאים לסטודיו "מרחב תנועה"!

על מנת להתאמן ולהשתתף בפעילות הסטודיו עליך לקרוא בעיון הצהרה זו ולחתום עליה כהסכמה לנאמא.

הסטודיו אינו מהווה מתקן רפואי ותרגילי הפילאטיס המוצעים כאן אינם מיועדים להוות תחליף לפיזיותרפיה. פילאטיס היא שיטה לאימון גופני ועל כל לקוח/ה להיות מודע/ת למגבלות הגופניות והרפואיות שלו/ה. כמו בכל שיטת התעמלות אחרת, רצוי לבדוק עם רופאך את מידת התאמתך לשיטה לפני שאת/ה מתחיל/ה בתרגול. שיטת הפילאטיס כוללת מתיחות, דחיפות ומשיכות תוך שימוש במכשירים ושרירי הלקוח/ה. לקוחות שעברו לאחרונה ניתוח, פציעה, הריון או מצבים גופניים מיוחדים אחרים מתבקשים שלא להתעמל בשיטת הפילאטיס עד לקבלת אישור מרופאם. מדריכת פילאטיס אינה מוסמכת לקבוע את מצב בריאותך ואין לפרש את המידע וההנחיות הניתנות בסטודיו כהנחיה רפואית. למען בטיחותך ובטיחות הלקוחות האחרים הנך מתבקש/ת להימנע מהשתתפות בשיעורים באם את/ה סובל מפצעים פתוחים/חשופים. בעת העבודה בסטודיו כל לקוח/ה מתבקש/ת ללבוש בגדי אימון נוחים וזוג גרביים נקיים. נא לאסוף שיער ארוך.

- // אני מבין/ה ומאשר/ת כי ידוע לי שהשתתפתי בשיעורים נעשית על אחריותי המלאה.
// אני מבין/ה שאני עצמי אחראי/ת להתייעץ עם הרופאה שלי ולקבל אישור רפואי לעבודה בשיטת הפילאטיס, באם אני מרגיש שהאישור נחוץ.
// אני מתחייב/ת להודיע מידית על כל שינוי במצבי הבריאותי.
// אני מבין/ה ומאשר/ת כי ידוע לי שמדריכת הסטודיו, לילי מרחב, אינה רופאה ואינה מאבחנת/מטפלת במחלות ומגבלות רפואיות.
// אני מבין/ה שבכל שיטת התעמלות קיימים סיכונים וכי עלולות לקרות פציעות בלתי צפויות מראש כגון מתיחת שרירים, חבורות, פציעות גב, צוואר וכאבי שרירים, בין השאר.
// אני מבין/ה כי תוצאות התרגול אינן מובטחות. הייתה לי הזדמנות מספקת לקבל מידע על השיטה והסטודיו ואני חש/ה כי אני בריא/ה גופנית ומסוגל/ת להשתתף בשיעורי פילאטיס מכשירים.
// אני מקבל/ת על עצמי את מלוא האחריות לסיכונים הטמונים באימון הגופני בשיטת הפילאטיס ומוותר/ת בזאת על כל זכות תביעה כנגד סטודיו 'מרחב תנועה' ו/או עובדיו, מוריו, בעליו בכל הכרוך והקשור לנזק שייגרם לי (אם ייגרם) עקב השתתפתי באימון הגופני בשיטת הפילאטיס, למעט במקרה של רשלנות מקצועית מצדם.
// ידוע לי כי עליי להודיע על ביטול שיעור עד 24 שעות לפני מועד קיומו וכי ביטול מאוחר יותר יחויב בתשלום מלא.
// חיוב השיעורים יבוצע עפ"י הנתונים במערכת הממוחשבת. זו נגישה לשימוש שוטף של התלמידים.
// הנני מסכים לקבל מהסטודיו: הודעות טקסט דוא"ל אינני מסכים

שם הלקוח: _____ ת.ז: _____

תאריך: _____ חתימת הלקוח: _____