

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση κατοικίας: _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας (πρωινές ώρες): _____

Τηλέφωνο επικοινωνίας (απογευματινές ώρες): _____

Ημερομηνία γέννησης: _____

Γνωρίζετε αν έχετε κάποιο μυοσκελετικό πρόβλημα;

Είχατε ποτέ πόνους ή ενοχλήσεις που σας ταλαιπώρησαν; Αν ναι, σε ποιο σημείο του σώματός σας;

Έχετε επισκεφθεί γιατρό για τους πόνους αυτούς; Αν ναι, ποια ήταν η γνωμάτευση;

Έχετε κάνει ποτέ εξέταση για την οστεοπόρωση; Αν ναι, αναφέρατε τα αποτελέσματά της;

Είχατε ποτέ κάποιο πρόβλημα με την καρδιά σας;

Έχετε κάνει κάποια σοβαρή επέμβαση;

Έχετε αλλεργίες; Αν ναι, παρακαλώ να τις αναφέρετε.

Τι περιμένετε από το Pilates; Και τι επιθυμείτε να γυμνάσετε περισσότερο στο σώμα σας;

Κάνετε κάποιο είδος αεροβικής γυμναστικής; Αν ναι, πόσο συχνά;
