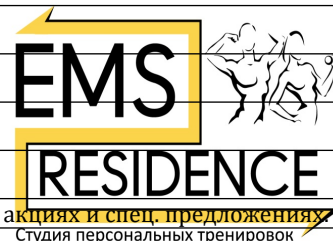


Анкета Гостя

Имя, Отчество, Фамилия	
Дата рождения	/ /
Ваш контактный телефон	
Ваш e-mail	



Сообщая свои контактные данные, вы даете согласие на получение СМС и e-mail сообщений об акциях и спец. предложениях.

Поскольку сеть студий постоянно расширяется, мы хотели бы знать, сколько времени занимает у вас дорога до вашей студии и в каком районе вам было бы удобнее тренироваться (укажите станцию метро)

Откуда Вы узнали о студии

Инстаграм		Буклет/листочка		Поисковые системы		Телевидение	
Фейсбук				Реклама в журнале		Радио	
ВКонтакте		Банер/ наружная реклама		Статьи		Реклама в жилом доме	
Подарочный сертификат		Форумы/обсуждения		Банеры в интернете		Мероприятие	
Рекомендации друзей		Другой источник (укажите какой)					

Если вы выбрали пункт «Рекомендация друзей», мы будем благодарны, если Вы напишете имя и фамилию рекомендателя, и мы сделаем ему подарок!

Знаете ли вы о программе лояльности студии?		Хотели бы вы получать бонусы в виде дополнительных тренировок за рекомендации?	
---	--	--	--

Какие цели Вы ставите перед тренировками?

Сбросить лишний вес		Тонус/ укрепить мышцы		Подтянуть кожу	
Нарастить мышечную массу и сделать фигуру более рельефной		Избавиться от целлюлита		Избавиться от болей в спине, шее и тяжести в ногах	
Восстановить функции мышц после травм		Повысить упругость кожи		Повысить выносливость	
Другие цели (укажите какие)					

Ознакомьтесь, пожалуйста, с противопоказаниями и заполните форму «История здоровья» (на обратной стороне). НЕ рекомендуется заниматься на ЭМС-тренажерах при:

Наличии кардиостимулятора Беременности Онкологических заболеваниях Температуре Острых бактериальных или вирусных заболеваниях Внутрибрюшных и диафрагмальных грыжах	Переломах Неврологических заболеваниях Эпилепсии Склерозе Низкое/высокое артериальное давление в момент тренировки [у женщин] Менструации (в случае, если Вы испытываете недомогания в эти дни)
--	--

Дата заполнения ____/____/____

История здоровья

1. Есть ли у Вас заболевания сердца или сосудов?

- Да ☐ Нет ☐
2. Есть ли у Вас проблемы с давлением (низкое, высокое)?
Да ☐ _____ Нет ☐
3. Имеете ли Вы проблемы, связанные с варикозным расширением вен, флебитом?
Да ☐ Нет ☐
4. Есть ли у Вас заболевания бронхо-легочной системы (астма, хронический бронхит)?
Да ☐ Нет ☐
5. Есть ли у Вас диабет? Принимаете ли Вы инсулин?
Да ☐ Нет ☐
6. Есть ли у Вас заболевания суставов?
Да ☐ Нет ☐
7. Есть ли у Вас проблемы с щитовидной железой?
Да ☐ Нет ☐
8. Есть ли у Вас заболевания мочеполовой системы?
Да ☐ Нет ☐
9. Есть ли у Вас заболевания онкологического характера?
Да ☐ Нет ☐
10. Есть ли у Вас заболевания неврологического характера?
Да ☐ Нет ☐
11. Есть ли у Вас психические заболевания (эпилепсия)?
Да ☐ Нет ☐
12. Есть ли у Вас проблемы с позвоночником, мышцами?
Да ☐ Нет ☐
13. Есть ли у Вас аллергические реакции? Если есть, то на что?
Да ☐ На что _____ Нет ☐
14. Бывают ли у Вас обмороки, головокружения, головные боли?
Да ☐ Как часто _____ Нет ☐
15. Бывают ли у вас отеки или онемение конечностей?
Да ☐ Как часто _____ Нет ☐
16. Имели ли Вы травмы?
Да ☐ Какие _____ Когда _____ Нет ☐
17. Имели ли Вы хирургические операции?
Да ☐ Какие _____ Когда _____ Нет ☐
18. Вопрос для женщин. Беременны ли Вы, или был ли у Вас рождён ребёнок за последние полгода?
Да ☐ Нет ☐
19. Вопрос для женщин. Есть ли у Вас менструация на данный момент?
Да ☐ Нет ☐
20. Принимаете ли Вы лекарственные средства в настоящее время?
Да ☐ Какие _____ Нет ☐
21. Соблюдаете ли Вы диету?
Да ☐ Какую _____ Нет ☐
22. Есть ли у Вас какие-либо заболевания, не упомянутые в этой анкете?
Да ☐ Какие _____ Нет ☐
23. Имели ли Вы опыт занятий спортом / фитнесом / лечебной физкультурой ранее?
Да ☐ Вид спорта _____ Нет ☐
Когда, где _____
24. Имели ли Вы какие-либо отрицательные последствия в результате занятий физическими упражнениями (ухудшение самочувствия, усиление боли, головокружения и т.д.)?
Да ☐ Какие _____ Нет ☐

☐ Я внимательно прочитал(а) и заполнил(а) анкету о состоянии здоровья. Я понимаю, что данная информация будет использована с целью разработки программы физических упражнений для меня. Я дал(а) правдивые и полные ответы, основанные на заключениях врачей-специалистов.

☐ **Подтверждение:** Я согласен(на) бесплатно получить клубную накопительную карту и информацию, связанную с ее работой на мой мобильный телефон, а также на хранение и обработку данных, указанных в этой анкете, с целью обеспечения работы клубной карты

Дата ____/____/____

Подпись _____ / Фамилия И.О. _____

г. Москва 3-я улица Ямского поля, дом 9 корпус 2

Информированное добровольное согласие.

на основании федерального закона N 323-ФЗ от 21 ноября 2011 года "об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"

Вы, как посетитель фитнес студии, имеете право получить полную информацию о противопоказаниях, с тем, чтобы принять решение, проводить или не проводить данную услугу, зная о возможных рисках и опасностях для здоровья. Данные сведения предоставляются, чтобы лучше проинформировать Вас, прежде чем Вы дадите или не дадите свое согласие на эту услугу.

Противопоказания:

- Беременность
- Наличие кардиостимулятора
- Высокая температура
- Острые вирусные заболевания
- Грыжи мягких тканей
- Эпилепсия
- Склероз
- Онкология
- Низкое/высокое артериальное давление в момент тренировки
- Также рекомендуется избегать высоких нагрузок женщинам в некоторые дни цикла.

Я подтверждаю, что данный документ был мной прочитан и мне разъяснен и его содержание мне понятно.

« ____ » _____ 20__ года

(подпись гостя – фамилия, имя, отчество полностью и автограф)

Специалист: _____