

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 заболеваний Температуре Острых бактериальных или вирусных заболеваний 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: _____