



# ADATLAP

## Jóga Energetika gyakorlati tanfolyamhoz

1. NÉV:
2. SZÜLETÉSI IDŐ:
3. TELEFONSZÁM, E-MAIL CÍM:
4. MIÓTA GYAKOROLSZ JÓGÁT?
5. MILYEN RENDSZERESSÉGGEL?
6. OKTATSZ-E JÓGÁT, HA IGEN HOL ÉS MIKOR VÉGEZTÉL?
7. SPORTOLSZ-E, MIT, ÉS MENNYIRE RENDSZERESEN?
8. MILYEN ÉTKEZÉSI MÓDOT, DIÉTÁT KÖVETSZ, HÚZD ALÁ:  
vegetárius (tojás nélkül, de tejtermékkel),  
vegetárius (tojással és tejtermékkel),  
vegán (semmilyen állati terméket nem fogyaszt),  
paleo,  
nyers vegán,  
normál vegyes,  
laktózmentes vegyes,  
gluténmentes vegyes,  
egyéb (konkrétan írd le):

9. SZOKTÁL -E BŐJTÖLNI, HA IGEN MILYEN RENDSZERESSÉGGEL?

10. JELÖLD BE A NÉGYZETBE, HA AZ ALÁBBI BETEGSÉGEK/EGÉSZSÉGÜGYI PANASZOK VALAMELYIKE ÉRINT!

<input type="checkbox"/> magas vérnyomás	<input type="checkbox"/> pánikbetegség	<input type="checkbox"/> menstruációs zavar
<input type="checkbox"/> migrén	<input type="checkbox"/> szorongás	<input type="checkbox"/> nőgyógyászati problémák
<input type="checkbox"/> légzési panaszok	<input type="checkbox"/> depresszió	<input type="checkbox"/> menopauzás zavarok
<input type="checkbox"/> asztma	<input type="checkbox"/> gerincproblémák	<input type="checkbox"/> alvászavar

1. old *Ha bármelyik pontot hosszabban ki szeretnéd fejteni, az utolsó oldalon megtelheted!*

<input type="checkbox"/> allergia	<input type="checkbox"/> mozgásszervi problémák	<input type="checkbox"/> aranyér
<input type="checkbox"/> látás problémák	<input type="checkbox"/> emésztési panaszok	<input type="checkbox"/> vese problémák
<input type="checkbox"/> glaukóma	<input type="checkbox"/> reflux	<input type="checkbox"/> túlsúly
<input type="checkbox"/> keringési problémák	<input type="checkbox"/> daganatos betegség	<input type="checkbox"/> prosztatata problémák
<input type="checkbox"/> szívpanaszok	<input type="checkbox"/> diabétesz	<input type="checkbox"/> inkontinencia
<input type="checkbox"/> pajzsmirigy túlműködés	<input type="checkbox"/> pajzsmirigy alulműködés	<input type="checkbox"/>

11. EGYÉB BETEGSÉGEID, EGÉSZSÉGÜGYI PANASZAID (AMIT NEM TALÁLTÁL A FENTI LISTÁBAN)? RÉSZLETEZD!

12. SOROLD FEL MŰTÉTEIDET!

13. ALVÁS MINŐSÉGE:

Mikor fekszel le?....., Mikor kelsz? .....

Mennyire vagy kipihent? (0 - 10 tartó skálán, ahol 10 a teljesen kipihentség, 0 a hulla fáradtság).....

Emlékszel-e az álmaidra (húzd alá)? Igen Nem

Ha igen egy héten hányszor?.....

14. SZÉKLET SZÁMA NAPONTA, ÁTLAGOSAN:.....

15. SZEMÉLYES ADATOK

TESTMAGASSÁG:

TESTSÚLY:

VÉRNYOMÁS:

PULZUS SZÁM:

16. HÚZD ALÁ, ILLETVE EGÉSZÍTSD KI A KIPONTOZOTT RÉSZT!

A. DOHÁNYZOL? igen nem

Napi ..... szálát.

B. FOGYASZTASZ RENDSZERESEN ALKOHOLT? Igen nem

C. SZEDSZ RENDSZERESEN GYÓGYSZERT? Igen nem

HA IGEN, MILYEN GYÓGYSZERT SZEDSZ?

17. EGYÉB KÖRÜLMÉNYEK, amelyet a jogafoglalkozás alatt érdemes figyelembe venni, pl. nagyfokú munkahelyi stressz, rendezetlen, feszült magánéleti viszony, környezeti pozitív, vagy negatív hatások a múltban, vagy a jelenben. (konkrétan):

18. EGYÉB KÖZLÉSEK, MEGJEGYZÉSEK:

19. MIT VÁRSZ A TANFOLYAMTÓL?

#### 20. ZÁRADÉK

A jogafoglalkozásokon saját felelősségemre veszek részt. Az oktató utasításait meghallgatom, és saját érdekemben a tőlem telhető legnagyobb figyelemmel betartom. Problémáimat és betegségeimet pontosan feltüntettem, és az oktató tudomására hoztam. Gondatlanságomból eredő sérüléseimért kártérítési igényt nem támasztok az oktatóval szemben.

.....  
gyakorló aláírása

Dátum: .....