



POWER PLATE SCHWEIZ  
 FIT3 GMBH  
 CHURERSTRASSE 160A  
 CH-8808 PFÄFFIKON SZ  
 T | +41(0)58 580 02 02  
 F | +41(0)58 580 02 10  
 WWW.POWERPLATE.CH  
 INFO@POWERPLATE.CH

## Fragebogen Power Plate®

Name: ..... Trainingsbeginn: .....

### **Befinden sich in Ihrem Körper zur Zeit irgendwelche Fremdkörper, wie zum Beispiel:**

- Schrauben, Bolzen, Metallstifte, Platten
  - Künstliche Gelenke oder Prothesen, Spiralen
  - Herzschrittmacher
  - sonstige: .....
- Nein

### **Leiden Sie zur Zeit an:**

- Herz- und/oder Kreislauferkrankungen
  - Gelenk- und /oder Muskelbeschwerden
  - Bandscheibenvorfall oder -beschwerden, Wirbelsäulenprobleme, akuten Brüchen
  - akuter Thrombose
  - Tumoren
  - Epilepsie
  - akute Entzündungen, nicht verheilten Wunden oder sonstige Beschwerden: .....
  - Diabetes
  - ernsthafte Migräne
- Nein

### **Sind Sie zur Zeit:**

- schwanger.
- In regelmässiger Behandlung durch Ärzte/Spezialisten.

Wenn ja, aus welchem Grund. Bitte geben Sie Name des Arztes/Spezialisten an.

**Gründe:** .....

**Name des Spezialisten:** .....

**Telefon Nr.:** .....

Nein

### **Nehmen Sie Medikamente?**

- Ja, Beschreibung: .....  Nein

### **Sonstige Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand:**

- Ja, Beschreibung: .....  Nein

**Weitere Einzelheiten:** .....

*Power Plate® steht vollumfänglich hinter ihren neuen Produkten. Ausführliche Tests haben gezeigt, dass Power Plate® Training ebenso sicher ist wie herkömmliche Trainingsmethoden wie z.B. Fitness- oder Krafttraining. Die Angaben von Power Plate® basieren auf den zur Zeit verfügbaren Forschungsberichten sowie ihren eigenen Erfahrungen. Power Plate® rät allerdings generell all seinen Kunden, einen Arzt aufzusuchen, um allfällige Unsicherheiten im Zusammenhang mit dem eigenen Gesundheitszustand abzuklären.*

*Sollten Sie eine der vorstehenden Fragen mit JA beantwortet haben, so bestätigen Sie hiermit, dass wir Sie darauf aufmerksam gemacht haben, dass eine Benutzung des Gerätes nicht zulässig bzw. erst nach vorgängiger Konsultation und mit Einwilligung eines Arztes erlaubt ist.*

*Durch Unterzeichnung dieses Fragebogens bestätigen Sie ferner, die Anleitungen und Instruktionen zur Benutzung von Power Plate® erhalten zu haben und erklären ihren Willen, diese zu befolgen.*

Datum: ..... Unterschrift: .....