

ayuropa Gesundheits- & Fitnessprofil

Bitte füllen Sie alle Felder dieses Formulars aus und senden Sie ihn an folgende Faxnummer +49(0)-8532-920517 oder geben Sie die Daten ein und schicken Sie ihn dann an: info@ayuropa.com. Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit .

Name _____ Ankunfts-/Behandlungsdatum _____
Straße _____ Abreisetermin _____
Postleitzahl _____ Ort _____ E-Mail _____
Telefon _____ Fax _____

- 1. Besuch
- 1. SPA-Erlebnis
- Wiederholungsbesuch

Welches der ayuropa Zentren wollen Sie besuchen:

FITNESS

Mein Lebensstil ist: Sitzende Beschäftigung Mäßig aktiv Sehr aktiv Ich reise _____ mal im Jahr

Aktuelles Stressniveau: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
niedrig hoch

Aktuelles Fitnessniveau: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
schlecht mittelmäßig exzellent

Anzahl der aktiven Stunden in der Woche:

___ Walken	___ Personaltrainer	___ Stretching	___ Tai Chi
___ Laufen	___ Meditation	___ Entspannung	___ Schwimmen
___ Tennis	___ Golf	___ Aerobic/Step	___ Pilates
___ Yoga	___ Hanteltraining	___ andere _____	

GESUNDHEITS-UPDATE (bitte füllen Sie jede Zeile aus)

Aktuelle Daten

Datum des letzten ärztlichen Checks _____

Blutdruck _____

Herz _____

Venenprobleme _____

Depression/Unruhe/Angst _____

Probleme mit

Nacken _____

Rücken _____

Gelenke _____

Andere _____

**Aktuelle Medikamente – verordnete Medikamente & andere
Größer Operationen oder Erkrankungen (bitte mit Datum)**

Allergien – auf Medikamente & Lebensmittel

Raucher? Nein Ja Anzahl der Zigaretten am Tag _____

Sind Sie an einer ayuropa Raucherentwöhnung während Ihres Aufenthaltes interessiert? _____

Irgendwelche anderen Dinge, die wir wissen sollten um Ihr individuelles Programm zu gestalten?

Für Frauen:

Schwanger? Nein Ja erwarteter Geburtstermin _____
Menopause? Nein Ja
Pille? Nein Ja

Wir vom ayuropa Team können leider nicht garantieren, dass wir alle Ihre Wünsche berücksichtigen können, werden aber jede Anstrengung unternehmen Ihre Wünsche so weit als nur möglich zu erfüllen.

PROGRAMM OPTIONEN

Mein Ziel für diesen Aufenthalt/Behandlung ist:

Basierend auf Ihr Ziel versehen Sie die folgenden Fitnessoptionen entsprechend der Priorität (1=hoch, 6=niedrig)

___ Ruhen und Erneuerung ___ Gewichtsreduktion ___ Kräftigung ___ Energie
___ Seele-Körper Balance ___ Kreislauftraining ___ Beweglichkeit

Wenn Sie mir meinen Fitnessspezialisten zuteilen, würde ich vorziehen männlich weiblich egal

Wenn Sie die Namen der Fitnessspezialisten von vorhergehenden Aufenthalten/Behandlungen kennen, bitte teilen Sie uns mit welchen Sie bevorzugen.

Bevorzugter Spezialist: _____ 1. Wahl
_____ 2. Wahl

HAUTPFLEGE UND MASSAGE

Gibt es allergische Reaktionen auf Produkte, Inhaltsstoffe, ätherische Öle, Kräuter usw.:

Was sind Ihre Lieblingsdüfte:

Welche Düfte mögen Sie gar nicht:

Welche Musikrichtung hören Sie gerne:

Welche Musikrichtung mögen Sie gar nicht:

Folgenden Stil der Massage bevorzuge ich: fest mittel sanft pflegend

Wenn Sie mir einen Therapeuten zuteilen, würde ich vorziehen: männlich weiblich egal

Ich bin ein Wiederholungsgast und würde folgenden ayuropa Massage und Kosmetik Therapeuten bevorzugen:

Bevorzugter ayuropa Körpertherapeut _____ 1. Wahl

_____ 2. Wahl

Bevorzugte ayuropa Kosmetikerin _____ 1. Wahl

_____ 2. Wahl

Ernährung

Größe: _____ Gewicht aktuell _____

Gewicht vor 3 Jahren _____ Gewicht vor 5 Jahren _____

Bitte notieren Sie Einschränkungen und allergische Reaktionen bei Lebensmittel auf:

Wünsche & Anregungen:

Das ayuropa Team freut sich auf Sie und wird sich bemühen, dass die von Ihnen gesteckten Ziele für den Aufenthalt oder für die Behandlungen auch gemeinsam erreicht werden.

Ich bestätige hiermit, dass ich alle Angaben vollständig sind und meinen aktuellen Status wiedergeben.

Ort , Datum

Unterschrift