

Medical Questionnaire

Вся предоставленная информация является конфиденциальной



Имя/Фамилия и дата рождения:

Телефон:

Имя, дата рождения и вес при рождении ребенка:

Пожалуйста, кратко перечислите любые медицинские осложнения, о которых вы хотели бы сообщить. *Для проходящих на Baby-йогу - опишите свои роды, включая примененные обезболивающие средства, мед. вмешательство и т.д.

Пожалуйста сообщите требуется ли вам или *вашему ребёнку* что-то особенное на занятии

Пожалуйста, напишите, принимаете ли вы или *ваш ребенок* лекарственные препараты и если да, то какие?

Думаете ли Вы, что испытали или испытываете депрессию после родов?

Есть ли какая-то дополнительная информация, о которой вы хотели бы сообщить?

Я беру полную ответственность за мое здоровье и *здоровье моего ребенка* во время занятий йогой и, в случае возникновения изменений в части состояния моего здоровья и *здоровье моего ребенка*, я проконсультируюсь с моим преподавателем йоги.

Подпись

Дата

** Для проходящих на Baby-йогу