



PERSOONLIKE INLIGTING / PERSONAL INFORMATION

Geboortedatum / Date of birth: _____

Ouderdom / Age: _____

ID nommer / ID number: _____

Geslag / Gender: _____

Telefoon / Telephone: Sel / Cell _____

 Huis / Home _____

 Werk / Work _____

Woonadres / Residential address: _____

Mediese inligting / Medical information:

Is enige van die volgende op jou van toepassing?
Are you experiencing any of the following conditions?

- Enige hartprobleme / Any heart conditions
- Angina pyn / Angina pains
- Lae bloeddruk / Low blood pressure (95/55)
- Hoë bloeddruk / High blood pressure (140/95)
- Hoë cholesterol / High cholesterol (> 5.5Mmol/l)
- Diabetes
- Lae rugpyn / Lower back pain
- Naalde-en-spelde in hande of voete / Pins and needles in hands or feet
- Osteoporose / Osteoporosis
- Osteo artritis / Osteo arthritis
- Rheumatiese artritis / Rheumatic arthritis
- Skoliose / Scoliosis
- Paniek aanvalle / Panic attacks
- Asma / Asthma
- Epilepsie / Epileptic fits
- Afwykende eetgewoontes / Eating disorders
- Knie, skouer of enkel probleme / Knee, shoulder or ankle problems
- Is u gewoond aan inspannende oefening? / Are you used to exercise?
- Enige ander toestand? / Any other condition?
