

Nicht frankieren  
Ne pas affranchir  
Non affrancare

**B**

Geschäftsantwortsendung Invio commerciale risposta  
Envoi commercial-réponse

Spital Bülach AG  
Physiotherapie  
Spitalstrasse 24  
CH-8180 Bülach

Spital Bülach 



Rückbildungspilates



## Rückbildungspilates

Nach der Geburt möchten die meisten Frauen möglichst bald wieder zu ihrer ursprünglichen Form zurückfinden. Die gesundheitlichen Folgen einer Geburt wie Rückenschmerzen, Inkontinenz und Organsenkungen können durch gezielte Kräftigung der Bauchmuskulatur und des Beckenbodens nachweislich minimiert werden. Die Pilatesübungen korrigieren Haltungsdysbalancen, vertiefen die Atmung, vermindern Rückenschmerzen und verhelfen zu einer gestärkten Bauchmuskulatur sowie einem entspannten Schultergürtel. Der Kurs ist für jedes Fitnesslevel geeignet. Die Übungen können individuell gesteigert werden. Ideal ist ein Kursbeginn sechs bis acht Wochen nach der Geburt.

### Kursort

Physiotherapie Spital Bülach/Gymnastiksaal D02.14

### Zeit

Montags von 17.15 - 18.15 Uhr (55 Minuten)

Dienstags von 10.00 - 11.00 Uhr (55 Minuten)

Für die aktuellen Kursdaten können Sie sich gerne an das Sekretariat wenden.

### Kosten

Bei einer ärztlichen Verordnung übernimmt in der Regel die Krankenkasse die Kurskosten.

Für Selbstzahler belaufen sich die Kosten für ein 8er-Abo auf Fr. 200.-.

### Kursleitung

Dipl. Physiotherapeutin/Pilates-Instruktorin

Bei Fragen steht Ihnen das Sekretariat der Physiotherapie gerne zur Verfügung.

### Kontakt und Anmeldung

Telefon Sekretariat Physiotherapie: +41 44 863 23 29

Mittels Anmeldetalon, per E-Mail an [physio@spitalbuelach.ch](mailto:physio@spitalbuelach.ch) oder telefonisch von Montag bis Freitag, 8.00 bis 12.00 Uhr.

## Anmeldetalon Rückbildungspilates

Ich melde mich für das Rückbildungspilates an.

Die Teilnehmerzahl pro Kurs ist aufgrund der Platzverhältnisse auf zehn Personen beschränkt.

Gewünschter Kurstag:

Montag

Dienstag

Geburtsdatum des Kindes \_\_\_\_\_

Name / Vorname \_\_\_\_\_

Strasse / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon Privat \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_