



Fragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde

Neuer Fragebogen mit DSGVO

Vereinbarungen zu meiner "Teilnahme an einem Präventiv-Fastenkurs / Fastenkurs für Gesunde

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon/Handy: _____ E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____

Ich bin darüber informiert, dass der ausgeschriebene Kurs ein Fastenkurs für Gesunde, also ein Präventionsfastenkurs ist, und kein Heilfasten unter ärztlicher Leitung. Die vertraglichen Leistungen ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung des Veranstalters. Programmänderungen begründen keine Ersatzforderungen. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich für gesund halte und freiwillig in eigener Verantwortung an dem Fastenseminar teilnehme. Während der Teilnahme an dem Kurs trage ich die volle Verantwortung für mein eigenes Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiterin, die Organisatoren bzw. Träger dieser Fastenwoche. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden. Für die von mir eingebrachten Gegenstände wird ferner keine Haftung übernommen.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Wichtige Fragen zur Teilnahme und guten Betreuung während des Fastenkurses

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Diese Angaben dienen der Vorbereitung und individuellen Betreuung während des Fastenkurses und stellen sicher, dass ich auf eventuell vorliegende Indikationen ausreichend Rücksicht nehmen und Sie während der Fastenzeit bestmöglich beraten kann. Sollte es zu einzelnen Angaben noch weitere Fragen geben, oder eine zusätzliche Empfehlung oder Rücksprache mit einem Facharzt notwendig sein, werden wir die betreffenden Punkte in einem persönlichen Gespräch klären. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben.

Haben Sie bereits Fastenwochenerfahrung? NEIN JA Mal max.Tage

Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen, was sind Ihre Motive? (z.B. Prävention, Neuordnung, Entspannung)

.....
Größe in cm: Gewicht in kg: Halten Sie sich für gesund und leistungsfähig? JA NEIN

Wenn Nein, Welche Einschränkungen liegen vor?

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen:

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Trinken Sie regelmäßig Kaffee? Schwarzen oder grünen Tee? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an zu hohem oder niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie schwanger oder stillen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wurden Sie vor kurzem operiert? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie Beschwerden oder eine Erkrankung des Magens, Dünn- oder Dickdarms ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie leicht zu Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie an Erkrankungen des Herzens (z.B. Herzrhythmusstörungen), Leber oder Niere? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden Sie wegen Diabetes melitus Typ 1 oder Typ 2 behandelt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie eine Nahrungsmittel-Allergie/- Unverträglichkeit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen !