

Vereinbarung zu meiner Teilnahme an einem Präventiv-Fastenkurs / Fastenkurs für Gesunde

Name, Vorname: _____

Adresse/Wohnort: _____

Telefon-Nr./Mobil: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin darüber informiert, dass der ausgeschriebene Kurs ein Fastenkurs für Gesunde, also ein Präventivfastenkurs ist, und kein «Heilfasten» unter ärztlicher Leitung. Die vertraglichen Leistungen ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung auf der Webseite naturlich-heilen.ch/begleitung/5-tages-fastenkur. Programmänderungen begründen keine Ersatzforderungen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich für gesund halte und freiwillig in eigener Verantwortung an der Fastenkur teilnehme. Während der Kurteilnahme trage ich die volle Verantwortung für mein eigenes Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiterin Margarete Walser oder die Organisatoren bzw. Träger dieser Fastenkur. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden. Für Wertsachen sowie an die Kur mitgebrachte Gegenstände wird keine Haftung übernommen.

Ort, Datum

Unterschrift

Wichtige Fragen zur Teilnahme und guten Betreuung während der Fastenkur

Bitte füllen Sie den Fragebogen sorgfältig aus. Diese Angaben dienen der Vorbereitung und individuellen Betreuung während der Fastenkur 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 weitergegeben.

Haben Sie bereits Fastenwochenerfahrung? NEIN JA Mal maxTage
Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen, was ist Ihre Motivation? (z.B. Prävention, Neu-Ordnung...)

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 niedrigem oder zu hohem 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 einer Erkrankung des Herzens, Leber oder Niere?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Sie wegen Diabetes mellitus 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"/>