

**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 Präventivfastenkurs 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 Fastenleiter/In, 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? JA  NEIN  .....Mal max. ....Tage

Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen, was sind Ihre Motive? ( z.B. Prävention, Neu-Ordnung, 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?  /
- Rauchen Sie?  /
- Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?  /
- Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?  /
- Leiden Sie an zu niedrigem oder zu hohem Blutdruck?  /
- Sind Sie schwanger oder stillen Sie?  /
- Wurden Sie vor kurzem operiert?  /
- Haben oder hatten Sie Beschwerden oder eine Erkrankung des Magens, Dünn- oder Dickdarms?  /
- Neigen Sie leicht zu Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung?  /
- Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Herzens, Leber oder Niere?  /
- Werden Sie wegen Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 behandelt?  /
- Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung?  /
- Haben oder hatten Sie eine Nahrungsmittel-Allergie/-Unverträglichkeit?  /
- Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste?  /
- Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?  /