

## Anmeldung zum Fastenkurs

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

Hiermit melde ich mich für oben genannte Leistung der Sprechstunde Plus an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Angaben.

*Ihr Praxisteam*

Liebe Teilnehmerin / Lieber Teilnehmer,

bitte füllen Sie den Teilnahmebogen sorgfältig aus und schicken Sie ihn per Email oder per Post an unser Postfach zeitnah, spätestens jedoch 14 Tage vor Beginn des Fastenkurses, an uns zurück. Diese Angaben dienen der individuellen Betreuung während der Fastenwoche und stellen sicher, dass wir auf eventuell vorliegende Einschränkungen Rücksicht nehmen können und Sie während der Fastenzeit bestmöglich betreuen können. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt.

### Gesundheitsfragen

Halten Sie sich für bewegungs- und leistungsfähig?                      Ja                      Nein  
Wenn nein, welche Einschränkungen haben Sie?

---

Haben Sie chronische Erkrankungen?                      Ja                      Nein  
Wenn ja, welche?

---

Nehmen Sie verschreibungspflichtige Medikamente ein?                      Ja                      Nein  
Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

---

Nehmen Sie nicht-verschreibungspflichtige Medikamente regelmäßig ein?  
Ja                      Nein

Wenn ja, welche?

---

Größe \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Alter \_\_\_\_\_

Blutdruck (falls bekannt) \_\_\_\_\_

**Bitte beantworten Sie die Fragen mit einem Kreuz im passenden Feld.**

|   | Ja | Nein |
|---|----|------|
| Rauchen Sie?  |    |      |
| Trinken Sie täglich Kaffee, Schwarz- oder Grüntee?                        |    |      |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?                              |    |      |
| Haben oder hatten sie häufig Rückenschmerzen?                             |    |      |
| Ist ihr Blutdruck zu hoch?  |    |      |
| Ist Ihr Blutdruck zu niedrig?   |    |      |
| Haben Sie bei Belastung Luftnot?  |    |      |
| Haben oder hatten Sie Herzprobleme?                                       |    |      |
| Haben Sie eine Blutzucker-Stoffwechselstörung?                            |    |      |
| Hatten Sie oder haben Sie erhöhte Harnsäurewerte?                         |    |      |
| Haben Sie Magen- und Darmbeschwerden?                                     |    |      |
| Haben Sie häufig Durchfall oder Verstopfung?                              |    |      |
| Haben Sie Nahrungsmittelunverträglichkeiten?                              |    |      |
| Haben Sie Allergien?  |    |      |
| Leiden Sie an einer Suchterkrankung?                                      |    |      |
| Haben oder hatten Sie eine Essstörung?                                    |    |      |
| Waren oder sind Sie wegen einer psychiatrischen Erkrankung in Behandlung? |    |      |

**Weitere Informationen zu allen oben genannten Punkten, die ich oben mit Ja beantwortet habe:**

---

Berufliche Tätigkeit \_\_\_\_\_

Arbeiten Sie während der Fastenwoche?                      Ja                      Nein

Haben Sie schon 5 Tage oder mehr am Stück gefastet?                      Ja                      Nein

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Was motiviert Sie zum Fasten?

---

## **Einverständniserklärung**

Ich bin darüber informiert, dass der Fastenkurs ambulant angeboten wird und nicht mit umfassender ärztlicher Versorgung stattfindet, sondern nur in ärztlicher Begleitung. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich für ausreichend gesund halte und freiwillig in eigener Verantwortung an diesem Fastenkurs teilnehme.

Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Veranstalter der Fastenwoche.  
Ich kenne die Teilnahmebedingungen an und bin einverstanden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



**Arztpraxis Wille**  
Anika & Tobias Wille  
Bahnhofstraße 13  
29525 Uelzen

**So erreichen Sie uns**  
Tel.: 0176 550 035 51  
Mail: [sprechstundeplus@arztpraxis-wille.de](mailto:sprechstundeplus@arztpraxis-wille.de)

**Sprechzeiten**  
nach Vereinbarung