

## Anmeldung zum Fastenkurs

Hiermit melde ich mich für den Fastenkurs

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ verbindlich an.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

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

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Mobil \_\_\_\_\_

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

### **Teilnahmebedingungen:**

Die Teilnahmegebühr beträgt 230 Euro. Die Zahlung muss 5 Werktage vor Kursbeginn eingegangen sein. Muss der Kurs vor oder nach Kursbeginn aus wichtigem Grund, z.B. Erkrankung des Kursleiters, zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden (auch kurzfristig), werden eingezahlte Kursgebühren anteilig zurückerstattet. Weitere Ansprüche an den Anbieter bestehen nicht. Ihre Anmeldung ist erst mit Eingang der Zahlung der Kursgebühr gültig.

**Die Kursgebühr ist zu überweisen auf das Konto: IBAN DE67 2586 2292 2401 5954 00**

### **Rücktrittsbedingungen:**

Bei Rücktritt von der Anmeldung wird eine Bearbeitungsgebühr von 50€ in Rechnung gestellt, es sei denn, der Kursplatz kann kurzfristig anders vergeben werden. Die Benennung eines geeigneten Ersatzteilnehmers bleibt Ihnen vorbehalten. Ab 5 Werktagen vor Beginn des Kurses besteht kein Anspruch auf Rückzahlung der Kursgebühr. Dies gilt auch bei kurzfristigen Abmeldungen oder Abbruch des Kurses wegen Krankheit oder aus anderem wichtigem Grund.

Mit den o.g. Teilnahme- und Rücktrittsbedingungen bin ich einverstanden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Liebe Teilnehmerin / Lieber Teilnehmer,

bitte füllen Sie den Teilnahmebogen sorgfältig aus und schicken Sie ihn per Email oder per Post 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?		
Ist ein Gallensteinleiden bekannt?		
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