



## Anmeldeformular und Gesundheitsfragen

### Vereinbarung zur Teilnahme an einem Fastenkurs für Gesunde

Name: ..... Vorname: .....

Strasse: .....

PLZ/Ort: ..... Land: .....

Telefon/Mobile: ..... Email: .....

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 Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiter/in, die Organisation bzw. Träger dieser Fastenwoche. Mit den in der Ausschreibung genannten Kosten und Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden. Für die von mir eingebrachten Gegenstände wird ferner keine Haftung übernommen. Den Gesundheitsfragebogen habe ich ausgefüllt und das beiliegende Informationsblatt mit den Ausschlussgründen zur Kenntnis genommen.

Der Kurs startet am: ..... und endet am: ..... Kursort: .....

Ein Platz ist für mich reserviert, sobald eine Anzahlung in Höhe von 50% der Seminarkosten auf das Konto Markus Speck, IBAN: CH64 0840 1016 8434 9190 0, BIC: MIGRCHZZXXX, Migros Bank AG Zürich eingeht. Die andere Hälfte zahle ich bis spätestens vor Kursbeginn. Es gelten die AGB, die auf [www.sinnreich-fasten.ch](http://www.sinnreich-fasten.ch) zu finden sind.

Ort, Datum: ..... Unterschrift: .....

### Gesundheitsfragen zur Teilnahme und guten Betreuung während des Fastenkurses

Die nachfolgenden Fragen sind notwendig für eine verantwortungsvolle Begleitung während Ihres Fastens durch mich. 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 nehme 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 Hausarzt notwendig sein, werden wir die betreffenden Punkte in einem persönlichen Gespräch klären.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben. Die Verarbeitung der Daten erfolgt im Einklang mit der Schweizer Gesetzgebung für das Medizinische Gesundheitspersonal. Einen allfälligen Wunsch zur Löschung der Daten können Sie mir jederzeit mitteilen.

Haben Sie bereits Fastenwochenerfahrung?

Ja ..... / Nein ....., ..... Mal, max. .... Tage



Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen, was sind Ihre Motive?

.....

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 Sie an einer Erkrankung des Herzens (z.B. Herzrhythmusstörungen), Leber oder Nieren?

..... / .....

.....

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 psychischen Erkrankungen?

..... / .....

Herzlichen Dank für Ihr Vertrauen.

Bitte senden Sie das Formular so rasch als möglich an nachfolgende Adresse:

- Markus Speck, Chironico (nucleo) 2, CH-6747 Chironico



## **Ausschlusskriterien / Einschränkungen für das Fasten für Gesunde**

Nachstehende Aufzählungen verstehen sich beispielhaft, bitte bei allen akuten und chronischen Erkrankungen und Medikationen vorweg Rücksprache mit dem Hausarzt halten.

### **Wann darf nicht gefastet werden beim Fasten für Gesunde?**

- Dauertherapie mit Medikation z.B. Marcumar (ausser LThyroxin, Oestrogene, Alliperoinol, Pille)
- Medikamentenpflichtige Diabetes Typ II (Insulin), Depression, Gicht
- Diabetes Typ I
- Essstörungen - Bulimie, Magersucht, Auszehrung nach Krankheit
- Leber- und Nierenerkrankungen
- Herzinsuffizienz
- Bluthochdruck unter Medikation nur nach Rücksprache und Besätigung durch den Hausarzt
- starke Alkohol- / Drogenabhängigkeit
- Schwangerschaft/Stillzeit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kinder unter 15 Jahren
- Bösartigen Karzinome
- Demenzerkrankungen
- Geisteskrankheiten (Schizophrenie, Neurosen usw.)
- Psychosen

Hier kann das Therapeutische Fasten in einer Fastenlinik angezeigt sein. Adressen gebe ich gerne weiter!