

Anmeldung zum Fastenkurs bei Katharina's Fastenzauber

Hiermit melde ich mich verbindlich an zu folgendem Kurs:

Fastenwandern/Fit & Fasten

Ort:

Datum:

EZ/DZ:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr., PLZ, Ort:

Tel:

Mail:

Geburtsdatum:

Erfahrungen mit Fasten: Nein Ja max Tage pro Kurs

Körperliche Verfassung:

Tägl. Wanderungen von 2-5h, auch in hügeliger Landschaft, sind ohne Einschränkungen möglich.

Ein Platz zu einer Fastenwoche ist für Sie reserviert, sobald die Anzahlung in Höhe von 50 % des ausgewiesenen Kursbeitrages auf meinem Konto IBAN DE74 2595 0130 0056 7107 00, BIC NOLADE21HIK bei der Sparkasse Hildesheim Goslar Peine eingeht. Die andere Hälfte ist zehn Tage vor Kursbeginn zu überweisen. Im Übrigen gelten die AGB, die auf www.fastenzauber.de zu finden sind.

Es handelt sich um „Fasten für Gesunde“, kein Heilfasten unter ärztlicher Begleitung!

Ich bestätige hiermit, dass ich mich für gesund halte und in eigener Verantwortung und freiwillig an dieser Fastenwoche teilnehme. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die veranstaltende Fastenleiterin. Den Fragebogen habe ich ausgefüllt und das beiliegende Informationsblatt mit den Ausschlussgründen zur Kenntnis genommen. Mit den in der Ausschreibung genannten Kosten und Teilnahmebedingungen bin ich einverstanden, Meine Hinweise zum Datenschutz finden Sie hier:

www.fastenzauber.de/datenschutz/index.html

Ort, Datum

Unterschrift

Gesundheitsfragebogen:

Die folgenden Fragen sind notwendig für eine verantwortungsvolle Begleitung während Ihres Fastens durch mich. Bitte beantworten Sie die Fragen wahrheitsgemäß und sorgfältig.

Die Fragen stellen sicher, dass ich auf eventuell vorliegende Indikationen ausreichend Rücksicht nehmen und Sie während Ihrer Fastenzeit bestmöglich begleiten kann. Sollte es zu einzelnen Angaben noch weitere Fragen geben oder eine zusätzliche Empfehlung oder Rücksprache mit Ihrem Hausarzt notwendig sein, werden wir die betreffenden Punkte in einem persönlichen Gespräch klären. „Ich benötige für die Verarbeitung dieser Daten Ihre Einwilligung. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ganz oder teilweise widerrufen.“

Fastenerfahrung: Ja Nein max. Tage mal

Motive des Fastens:

(Prävention, Neuordnung etc.)

Größe:

cm

Gewicht:

KG

Halten Sie sich für gesund und leistungsfähig?

Ja Nein

Falls **nein**, welche **Einschränkungen** liegen vor?

Folgende Medikamente nehme ich regelmäßig ein:

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen und ggf. Zutreffendes unterstreichen:

Trinken Sie regelmäßig Kaffee, schwarzen oder Grünen Tee? **Nein**

Ja Nein

Rauchen Sie?

Ja Nein

Leiden/Litten Sie unter Kopfwegh/Migräne?

Ja Nein

Haben/Hatten Sie Rückenbeschwerden?

Ja Nein

Leiden Sie an niedrigem/hohen Blutdruck? Bitte angeben

Ja Nein

Sind Sie schwanger oder stillen Sie?

Ja Nein

Wurden Sie vor kurzem operiert? Wenn ja, woran?

Ja Nein

Haben/Hatten Sie Beschwerden des Magens/Darmes?

Ja Nein

Neigen Sie zu Erbrechen, Durchfall, Verstopfung?

Ja Nein

Leiden/Litten Sie an Erkrankungen des Herzens, Leber, Niere?

Ja Nein

Wegen Sie wegen Diabetes mellitus Typ 1 oder Ty2 behandelt?

Ja Nein

Leiden/Litten Sie an einer Essstörung?

Ja Nein

Haben/hatten Sie Nahrungsmittel-Allergie/-Unverträglichkeit?

Ja Nein

Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Gewichtsverluste?

Ja Nein

Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

Ja Nein

Hinweise zum Datenschutz - Erteilung der Einwilligung:

Wenn Sie den Fragebogen zur Teilnahme an der Fastenwoche ausfüllen, werden Ihre Daten durch mich als Ihre Fastenleiterin zu dem Zweck verarbeitet, Ihre körperliche Eignung festzustellen und Sie angemessen zu beraten. Die Verarbeitung der Daten erfordert Ihre Einwilligung und erfolgt ausschließlich auf der Grundlage des Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO, Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO. Im Übrigen verweise ich auf meine Datenschutzerklärung, nachzulesen unter www.fastenzauber.de.

Grundlage Ihrer Einwilligung nach Art.9, Abs.2 DSGVO. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der auf ihrer Grundlage bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten zum vorgenannten Zweck einverstanden. Eine Ausfertigung dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift

Ausschlussgründe /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 (außer L - Thyroxin, Oestrogene, Alliperoinol, Pille)
- Medikamentenpflichtige Diabetes II, Depression, Gicht
- Essstörungen – Bulimie, Magersucht, Auszehrung nach Krankheit
- Leber und Nierenerkrankungen
- Herzinsuffizienz
- Demenzerkrankungen
- Alkohol- /Drogenabhängigkeit
- Schwangerschaft/Stillzeit
- Schilddrüsenüberfunktion
- Kinder unter 15 Jahren
- Bösartige Karzinome
- Diabetes I
- Psychosen

Im Zweifel stehe ich für Fragen gern auch telefonisch zur Verfügung.

Hier kann das therapeutische Fasten in einer Fastenklinik angezeigt sein, Adressen gebe ich gern weiter!



Herzlichst

Ihre

Katharina Lange-Kraft