



Anmeldung zum Fastenkurs

Hiermit melde ich mich verbindlich an zu folgendem Kurs:

Fastenwandern

Ort:.....

Datum:.....

EZ/DZ?:.....

Name, Vorname:.....

Straße, Hausnr., PLZ:.....

Tel.:

Mail:

Geburtsdatum:.....

Erfahrungen mit Fasten: Nein Ja,..... mal, maxTage pro Kurs

Körperliche Verfassung:

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

Ein Platz zu einer Fastenwanderwoche ist für Sie reserviert, sobald die Anzahlung in Höhe von 50 % des ausgewiesenen Kursbeitrages auf meinem Konto, IBAN DE50 2009 0500 0002 5716 76, BIC GENODEF1515 bei der Augsburger Aktienbank 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 Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Verarbeitung personenbezogener Daten erfolgen stets im Einklang mit der DSGVO. Hiermit bin ich einverstanden, somit auch mit der Speicherung der o.g. Daten in die Adressverwaltung von Katharina Lange. Meinen Wunsch zur Löschung der Daten kann ich jederzeit mitteilen.

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. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt. Die Verarbeitung der Daten erfolgt im Einklang mit der DSGVO.

Fastenerfahrung: nein.....ja.....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?	Ja.....Nein.....
Rauchen Sie?	Ja.....Nein.....
Leiden/Litten Sie unter Kopfweg/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 LThyroxin, Oestrogene, Alliperoíinol, 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

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



Herzlichst

Ihre

Katharina Lange

