



## **Anmeldung**

Bitte persönlich abgeben oder per Post oder E-Mail unterschrieben und vollständig ausgefüllt zurücksenden.

Hiermit melde ich mich verbindlich für den unten genannten Fastenkurs an.

**Fastenkurs:** Fasten für Gesunde nach Buchinger/Lützner

**Thema:** Fasten und Entspannen zu Hause  
**Zeitraum:** 22.10. – 30.10.2021  
**Veranstaltungsort:** Jesendorf

Ich akzeptiere die Kosten in Höhe von: **€ 170,00**

### **Persönliche Angaben:**

Vor- und Zuname: .....

Strasse/Hausnummer: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Mit Ihrer Anmeldung zahlen Sie bitte den oben genannten Betrag auf folgendes Konto:  
Ina Laupert  
IBAN DE31 1304 0000 0358 2418 00

Die komplette Zahlung ist sofort, mit der Anmeldung, fällig. Erst mit Eingang der Zahlung auf meinem Konto ist der Platz für Sie verbindlich reserviert.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die aktuell gültigen Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die ich zur Kenntnis genommen habe.

Ort, Datum .....

Unterschrift .....



## Fragebogen und Hinweise zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde

Datum Fastenwoche: .....

Veranstaltungsort: .....

Bitte füllen Sie den Fragebogen zu Ihrer eigenen Sicherheit sorgfältig und wahrheitsgemäß aus und senden Sie diesen, unterschrieben, zusammen mit dem Anmeldeformular zurück.

Die Daten dienen zur Vorbereitung und zur individuellen Betreuung während der Fastenwoche und werden ausschließlich für diesen Zweck erfasst. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Vor- und Zuname: .....

Straße/Hausnummer: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

E-Mail Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Größe: .....

Berufliche Tätigkeit: .....

Ich faste zum 1. Mal: ja ( ) / nein ( )

Ich habe schon gefastet: ja ( ) / nein ( )

Wann zuletzt: ..... Wie lange: .....

Ich nehme regelmäßig Medikamente ein: ja ( ) / nein ( )

Wenn ja, welche: .....

.....

Ich leide unter folgenden Erkrankungen/Beschwerden:

.....

.....

Ich leide unter einer Essstörung: ja ( ) / nein ( )

Ich habe folgende Nahrungsmittelintoleranzen/-unverträglichkeiten/-allergien:

.....

.....

Ich hatte in den letzten 6 Monaten folgende Operationen:

.....



Durch das Fasten kann die Wirkung zahlreicher Medikamente eine Veränderung unterliegen. Sollten Sie regelmäßig verschreibungspflichtige / kontrollbedürftige Medikamente einnehmen, so ist dieser Kurs „Fasten für Gesunde“ unter Umständen nicht für Sie geeignet, gegebenenfalls ist eine Unbedenklichkeitsbescheinigung vom Arzt einholen.

Dieser Kurs „Fasten für Gesunde“ ist NICHT für Sie geeignet, wenn Sie folgende Medikamente einnehmen:

- Cortisonpräparate
- Antihypertensiva (außer Diuretika und/oder Betablocker)
- Antidiabetika (außer bei Insulinresistenz)
- Antikoagulanzen – Blutgerinnungshemmer (nicht ASS)
- Thyreostatika bei Schilddrüsenüberfunktion
- Psychopharmaka
- Antiepileptika

Eventuell bietet sich hier eine Heilfastenkur unter ärztlicher Aufsicht und Betreuung an.

Weiterhin NICHT fasten dürfen: Schwangere und Stillende, Kinder unter 16 Jahren (ab 16 – 18 Jahren mit dem Einverständnis der Erziehungsberechtigten und freiwillig), Menschen mit geistiger Behinderung, Menschen mit Essstörungen und Suchtkranke.

ACHTUNG! Durch das Fasten ist die Wirkung von oralen Kontrazeptiva (AntiBabyPille) eingeschränkt bzw. nicht gegeben.

**Erklärung:**

Ich habe verstanden, dass dieser Kurs ein Fastenkurs für Gesunde ist, KEIN Heilfastenangebot.

Es ist mir bewusst, dass der Kurs ohne ärztliche Betreuung oder Leitung stattfindet.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich gesund bin und freiwillig und in eigener Verantwortung an diesem Kurs teilnehme.

Der Erfassung meiner persönlichen Daten stimme ich zu.

Ich wurde über die Regeln und die Voraussetzungen des „Fastens für Gesunde“ aufgeklärt.

Ich verpflichte mich an den regelmäßigen/täglichen Fastengesprächen teilzunehmen.

( ) Ich bin berufstätig und arbeite während der Fastenzeit. (nur bei ambulanten Fastenangeboten auszufüllen)

Datum .....

Unterschrift .....