

Fragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde



Datum der Fastenwoche: _____

Name und Adresse der Fastenleiter/in: _____

Veranstalter: _____

Bitte den beantworteten Fragebogen zur eigenen Sicherheit spätestens 1 Woche vor Fastenbeginn zurück senden.
Die Daten dienen zur Vorbereitung und zur individuellen Betreuung während der Fastenwoche und werden ausschließlich und nur für diesen Zweck erfasst. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an andere Personen weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon/Fax: _____ E-Mail: _____

Geb.-Datum: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Haben Sie bereits Fastenerfahrung? JA NEIN ____ Mal max. ____ Tag zuletzt am: _____

Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen? (z.B. Prävention, Neu-Ordnung, Entspannung) _____

Halten Sie sich für gesund und leistungsfähig? JA NEIN

Wenn Nein, welche Einschränkungen liegen vor? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA NEIN

Wenn Ja, welche? _____

- | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee? | oft <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | oft <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? | oft <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? | oft <input type="checkbox"/> | selten <input type="checkbox"/> | nie <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Magens oder Dünndarms? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Dickdarms? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Haben oder hatten Sie oft Magen- oder Darmbeschwerden? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Neigen Sie leicht zu Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Herzens, Leber oder Niere? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ 1? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie an Diabetes mellitus Typ 2? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Leiden oder litten Sie je an einer Nahrungsmittel-Allergie/-Unverträglichkeit? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |
| Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste? | JA <input type="checkbox"/> | | NEIN <input type="checkbox"/> |

Durch das Fasten kann die Wirkung zahlreicher Medikamente verändert sein. Falls Sie eines oder mehrere der folgenden Medikamente einnehmen, können Sie nur an einem Fasten unter direkter ärztlicher Aufsicht teilnehmen.

- Stark blutgerinnungshemmende Mittel (Antikoagulantien, z.B. Marcumar)
- Entwässerungsmittel (Diuretika) • Bluthochdruckmittel (z. B. Betablocker)
- Appetitzügler • Abführmittel • Schilddrüsenmedikamente gegen Überfunktion
- Blutzuckerregulierende Medikamente • Hormonpräparate (v.a. Insulin, Kortison)
- Psychopharmaka (v.a. Antiepileptika, Neuroleptika und Lithium)

Werdende und stillende Mütter sowie Menschen mit depressiven Verstimmungen und psychischen Erkrankungen sowie frisch Operierte dürfen nicht fasten. Bitte denken Sie auch daran, dass der Empfängnisschutz durch orale Kontrazeptiva („Pille“) während des Fastens nicht sicher ist. Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt und lassen sich zu Ihrer eigenen Sicherheit eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung geben.

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 gesund bin und übernehme die Eigenverantwortung mich für eine ärztliche Diagnose oder Behandlung an einen Arzt zu wenden. Während der Teilnahme an der Fastenwoche trage ich die volle Verantwortung für mein eigenes Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiter/In, die Organisatoren bzw. Träger dieser Fastenwoche. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden.
Für vom Fastenteilnehmer eingebrachte Gegenstände wird ferner keine Haftung übernommen.

Datum _____

Unterschrift _____