

ANAMNESEBOGEN FÜR AMBULANTES FASTEN

Wir bitten Dich alle mit * markierten Pflichtfelder auszufüllen. Alle Felder ohne Sternchen sind optional. Sie helfen uns bei der Vorbereitung des Fastenkurses, sowie bei der Vorbeugung von starken Fastenbeschwerden und der Einschätzung bestimmter Reaktionen. Ferner helfen sie uns, um Dich bei eventuellen Kontraindikationen für das Fasten oder der Einnahme von Medikamenten vor oder während des Fastens zu beraten.

Sende den Bogen bitte zeitnah zurück an: Lara.ana@fasten.plus

EINVERSTÄNDNIS-ERKLÄRUNG DER DATENVERARBEITUNG NACH ART. 6 ABS. 1 LIT. A DSGVO

Meine Daten werden zum Zwecke meines persönlichen Gesundheitsschutzes durch fasten+ gespeichert und verwendet. Ich fülle diesen Fragebogen zu meiner eigenen Sicherheit sorgfältig und wahrheitsgemäß aus. Die Daten dienen zur Vorbereitung und zur individuellen Betreuung während des Fastenangebotes und werden ausschließlich und nur für diesen Zweck erfasst. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt, nicht an andere Personen weitergegeben und nach Beendigung des Kurses gelöscht.

Ja, ich bin damit einverstanden *

Ort, Datum

Unterschrift

PERSÖNLICHE DATEN

Vor- & Nachname * _____

Rechnungsadresse * _____

E-Mail-Adresse * _____

Telefonnummer * _____

Alter * _____

Gewicht * _____

Größe * _____

Hast du bereits Fastenerfahrung? ja

nein

Wenn ja, wann zuletzt und für wie lange? _____

Was möchtest Du mit dem Fasten erreichen?

Prävention

Neuordnung

Entspannung

Gewichtsabnahme

etwas Anderes _____



ERKRANKUNGEN *

	Ja	Nein	Medikamente zur Behandlung
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Herzrhythmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Stoffwechselerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Schilddrüsen-Funktionsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____ _____
Nimmst Du regelmäßig (weitere)			
Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____ _____
Hast Du Allergien gegen Medikamente			
oder Lebensmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wenn ja, welche? _____ _____

Leidest du an Kopfschmerzen oder Migräne?

nie selten oft

Neigst du häufig zu Verstopfung, Durchfall oder Erbrechen?

nie Verstopfung Durchfall Erbrechen

Welche Erkrankungen und/oder Beschwerden begleiten dich aktuell?



Welche Erkrankungen und/oder Beschwerden hattest du außerdem innerhalb der letzten 3 Jahre?

KONSUMVERHALTEN & WOHLBEFINDEN

Trinkst Du Kaffee, schwarzen oder grünen Tee?

- nie selten mehr als 3 Tassen pro Woche täglich

Rauchst Du?

- nein ja gelegentlich

Hältst Du Dich für gesund und leistungsfähig?

- ja nein

Falls nein: welche Einschränkungen liegen vor?

Fühlst du dich in der Lage, bei jedem Wetter bis zu 3 Stunden (mit Pausen) zu wandern?

- ja nein

ORGANISATORISCHES

Unsere frisch gepressten Bio-Säfte nach Buchinger enthält folgende Zutaten. Gibt es davon Zutaten, die du nicht verträgst oder ablehnst?

- | | | |
|------------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tomaten | <input type="checkbox"/> Paprikaschoten | <input type="checkbox"/> Karotten |
| <input type="checkbox"/> Pastinaken | <input type="checkbox"/> Rote Bete | <input type="checkbox"/> Knollensellerie |
| <input type="checkbox"/> Stangensellerie | <input type="checkbox"/> Gurken | <input type="checkbox"/> Orangen |
| <input type="checkbox"/> Äpfel | <input type="checkbox"/> Zitronen | <input type="checkbox"/> Ingwer |

Folgende Gewürze: _____



WICHTIGE HINWEISE *

Bitte lies Dir die folgenden Hinweise genau durch.

Durch Deine Unterschrift bestätigst Du, dass Du die folgenden Hinweise zur Kenntnis genommen hast und ggf. den Rat Deines Arztes eingeholt hast.

MEDIKAMENTEN-EINNAHME

Durch das Fasten kann die Wirkung zahlreicher Medikamente verändert sein. Falls Du eines oder mehrere der folgenden Medikamente einnimmst, hole Dir bitte den Rat Deines Arztes ein:

- Stark blutgerinnungshemmende / blutverdünnende 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)

Bitte denke auch daran, dass der Empfängnisschutz durch orale Kontrazeptiva („Pille“) während des Zyklus, in welchem gefastet wird, nicht sicher ist.

Ich habe diese Hinweise zur Kenntnis genommen und werde ggf. meinen Arzt vor dem Fastenangebot kontaktieren.

KONTRAINDIKATIONEN

Folgende Personen dürfen nicht ohne ärztliche Aufsicht fasten:

- Werdende und stillende Mütter
- Personen mit depressiven Verstimmungen
- Personen mit psychischen Erkrankungen
- Personen mit Essstörungen, auch in der Vergangenheit
- Frisch operierte Personen
- Personen, die vor weniger als einem Jahr synthetische halluzinogene Drogen konsumiert haben

Ich bestätige, dass keiner der o.g. Zustände auf mich zutrifft.

KENNTNISNAHME

Ich bin darüber informiert,
dass der ausgeschriebene Kurs ein Präventivfastenkurs ist, und kein „Heilfasten“ unter ärztlicher Leitung. Die vertraglichen Leistungen ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung des Veranstalters. Programmänderungen begründen keine Ersatzforderungen.



VERANTWORTUNG & HAFTUNG

- 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 am Fastenkurs trage ich die volle Verantwortung für mein eigenes Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiterin, die Organisatoren bzw. Träger dieses Fastenkurses. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden. Für vom Fastenteilnehmer eingebrachte Gegenstände wird ferner keine Haftung übernommen.

KONTAKTAUFNAHME

In Bezug auf den Anamnese-Bogen möchte ich ggf. wie folgt kontaktiert werden:

- telefonisch via E-Mail Andere: _____

Die Entlastungs- und Aufbau tage werden von der Kursleiterin per E-Mail begleitet. Ferner werden ggf. auch Informationen während des Kurses per E-Mail versandt. Dazu bedient sich die Kursleiterin eines Newsletter-Systems. Nach dem Kurs werden deine Daten wieder aus der Liste gelöscht.

Bitte trage hier die E-Mail-Adresse ein, an welche die Informationen gesendet werden sollen (nur nötig, falls abweichend von der o.g. Mail-Adresse): _____

- Ich wünsche diese Informationen nicht.

FASTEN-SET (OPTIONAL)

- Ich möchte das **Fasten-Set** von fasten+ mit einem Preis von **110,00 Euro** zusätzlich zum Fastenangebot im Wert von 480,00 Euro hinzubuchen.

Ort, Datum

Unterschrift

KONTAKT ZU DEINEN ANSTRECHPARTNERINNEN

Fastenleiterin

Lara'Ana
(Monika Prihodova-Wiese)
August-Bebel-Str. 44
04571 Rötha

Lara.ana@fasten.plus
01522 4540260

Entspannungs-Coachin

Margaux Ramien
(Sabine Schulz)
Cöthner Straße 46
04155 Leipzig

Margaux@fasten.plus
0176 42750647