

Fragebogen

zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde

Fastenleiterin Indra Dijkgraaf



Bitte füllen Sie den Fragebogen zur eigenen Sicherheit sorgfältig aus und schicken ihn spätestens 6 Wochen vor Kursbeginn an indra.dijkgraaf@hotmail.com. Die Daten dienen zur Vorbereitung und zur individuellen Betreuung während der Fastenwoche und werden ausschließlich für diesen Zweck erfasst. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an andere Personen weitergegeben.

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Straße / Hausnr.: _____

Größe in cm: _____

PLZ / Ort: _____

Gewicht in kg: _____

E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____

Haben Sie bereits Fastenerfahrung? ☐ Nein ☐ Ja ____ Male max. ____ Tage zuletzt am: _____

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

Halten Sie sich für gesund und leistungsfähig? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Nein, welche Einschränkungen liegen vor? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Falls Ja, welche? _____

Trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee? ☐ oft ☐ selten ☐ nie

Rauchen Sie? ☐ oft ☐ selten ☐ nie

Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne? ☐ oft ☐ selten ☐ nie

Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden? ☐ oft ☐ selten ☐ nie

Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an zu hohem Blutdruck? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden Sie an Diabetes Mellitus Typ 1? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden oder litten Sie an Diabetes Mellitus Typ 2? ☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Magens oder Dünndarms? ☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Dickdarms? ☐ Ja ☐ Nein

Haben oder hatten Sie oft Magen- oder Darmbeschwerden? ☐ Ja ☐ Nein

Neigen Sie leicht zu Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung von Herz, Leber oder Niere? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung? ☐ Ja ☐ Nein

Leiden oder litten Sie je an einer Nahrungsmittel-Allergie oder Unverträglichkeit? ☐ Ja ☐ Nein

Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste? ☐ Ja ☐ Nein

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 / blutverdünnende Mittel -Entwässerungsmittel -Bluthochdruckmittel -Appetitzügler
-Abführmittel -Schilddrüsenmedikamente -Hormonpräparate -Blutzuckerregulierende Medikamente -Psychopharmaka

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.

Ich bin darüber informiert, dass der ausgeschriebene Kurs ein Fastenkurs für Gesunde, also ein Präventivfastenkurs ist und kein "Heilfasten" unter ärztlicher Leitung. (Bitte sprechen Sie im Zweifelsfall mit Ihrem Hausarzt und lassen sich zu Ihrer eigenen Sicherheit eine Unbedenklichkeitsbescheinigung geben.)

Ich halte mich für gesund und habe im Zweifelsfall die Zustimmung vom Arzt zum Fasten. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiterin bzw Träger dieser Fastenwoche. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden.

Datum und Unterschrift: _____