

Gesundheitsfragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde

Ich bitte Sie mir einige Angaben zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu geben. Damit ich während der Fastenwoche meine Teilnehmer optimal betreuen und begleiten kann. Diese Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sollten Fragen zu einzelnen Angaben auftauchen, können wir das gerne in einem persönlichen Gespräch klären.

Vorname, Name: _____

Datum der Fastenwoche: _____

Wie alt sind Sie? _____ Wie groß sind Sie? _____ Wie viel wiegen Sie? _____

Haben Sie schon einmal gefastet? ☐ ja ☐ nein _____ Mal, max. _____ Tage, zuletzt wann: _____

Was ist Ihre Motivation für diese Fastenwoche, was möchten Sie erreichen?

Liegen Erkrankungen vor? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche Erkrankungen liegen vor? _____

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? _____

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

Haben Sie Rückenbeschwerden? ☐ oft ☐ selten ☐ nein

Haben Sie zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? ☐ zu hoch ☐ zu niedrig ☐ nein

Neigen Sie zu Verdauungsstörungen? ☐ Erbrechen ☐ Durchfall ☐ Verstopfung ☐ nein

Haben Sie eine Nahrungsmittelunverträglichkeit oder Allergie? ☐ ja. ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

Mir ist bewusst, dass es sich um eine Fastenwoche für Gesunde handelt. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass alle Angaben korrekt sind, ich mich für Gesund halte und auf eigene Verantwortung an der Fastenwoche teilnehme. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleitung.

Datum

Unterschrift