

Anmeldung

Ich melde mich hiermit definitiv an:

Name/Datum der Veranstaltung

Vorname & Name:

Strasse & Nr.:

PLZ, Ort & Land:

Telefon / Handy:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Hast Du schon einmal holotrop geatmet?

Bei wem?

Sprichst Du englisch?

Versicherung ist Sache der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Ich habe die Informationen gelesen und verstanden. Ich bin mit den Bedingungen dieser Veranstaltung einverstanden, und nehme in eigener Verantwortung daran teil.

Die Teilnahme ist erst dann garantiert, wenn dies im Gespräch von uns wurde und wir den Kursbetrag erhalten haben.

Ort & Datum:

Unterschrift:

Die Versandadresse und die Kontodetails finden sich auf der Webseite www.holotrop.ch beim entsprechenden Workshop.

Medizinischer Fragebogen für das Holotrope Atmen

Holotropes Atmen soll der Erfahrung des persönlichen Wachstums dienen; es kann nicht als Ersatz für Psychotherapie angesehen werden. Holotropes Atmen ist eine intensive, transformierende Arbeit. Es kann intensive Erfahrungen mit starken emotionalen oder körperlichen Anstrengungen auslösen. Hierfür ist psychische und physische Belastbarkeit wichtig.

Dieser Fragebogen soll uns bei Deiner Begleitung unterstützen und wird streng vertraulich behandelt. Bitte beantworte folgende Fragen so genau wie möglich.

A. Hattest Du in der Vergangenheit oder zur Zeit eine der folgenden Diagnosen?

	Ja	Nein
1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, inkl. Herzanfälle	—	—
2. Bluthochdruck	—	—
3. Ernsthafte geistige Erkrankungen	—	—
4. Kürzlich durchgeführte Operationen	—	—
5. Physische Verletzungen, die Dich heute noch beeinträchtigen	—	—
6. Derzeitige oder chronische Infektions- bzw. ansteckende Krankheiten	—	—
7. Glaukom / grüner Star	—	—
8. Netzhautablösung	—	—
9. Epilepsie	—	—
10. Osteoporose	—	—
11. Asthma (wenn ja, bitte Inhalator mitbringen)	—	—
12. Chronische Kopfschmerzen/Migräne	—	—
13. Aneurysma	—	—
B. Warst Du schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?	—	—
C. Nimmst Du zur Zeit Medikamente?	—	—
D. Warst Du je aus schwerwiegenden medizinischen Gründen hospitalisiert?	—	—
E. Bist Du zur Zeit in einer Therapie oder Selbsthilfegruppe?	—	—
F. Gibt es sonst etwas bezüglich Deiner körperlichen oder emotionalen Verfassung, das wir wissen müssen?	—	—
G. Bist Du schwanger?	—	—

Bitte gib zu den Fragen, die Du mit „Ja“ beantwortet hast, ausführlichere Information auf der Rückseite.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe, dass ich alle Fragen vollständig und ehrlich beantwortet habe, und dass ich keine Informationen zurückgehalten habe. Meines Wissens ist mein allgemeiner Gesundheitszustand gut.

Name: _____

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____

Notfallnummer: Name: _____ Tel: _____