

Anmeldung

Deutsch-französisches Fastenwandern in Brocéliande

(Bitte gleichzeitig mit der Überweisung Ihrer Anzahlung zurücksenden)



Datum Fastenkurs: vom bis

Name	Vorname	M / W
Straße	PLZ	Stadt
Land		
Telefon.....	Mobil	
E-Mail	Facebook	
Geb. Datum		
Ich wurde geworben durch		

Preis inklusive Unterkunft:

- 750 €* im Doppelzimmer
 - 750 €* + 100 € im Einzelzimmer mit französischem Bett (Durchgangszimmer), Dusche + WC mit Doppelbenutzung
 - 750 €* + 120 € im kleinen Doppelzimmer zur Einzelnutzung, Dusche mit WC mit Doppelbenutzung
 - 750 €* + 180 € großes Einzelzimmer mit französischem Bett auf offener Mezzanine, Dusche + WC mit Doppelbenutzung
 - 750* € + 350 € großes Doppelzimmer mit französischem Bett zur Einzelnutzung, privates Bad mit Dusche und WC
- * (880 € im August)

Anzahlung: 220 € Den Restbetrag wie auch die Zusatzbehandlungen zahlen Sie bitte am Anreisetag in bar.

Inklusivleistungen:

- Tägliche geführte Wanderungen (3 – 4 Std.)
- Morgendliche Selbstmassage (DO IN) & Morgenbewegung
- Eine geführte Meditationen täglich
- Wechselnde Themenabende
- Fasteninformationen
- Zugriff auf meine persönliche spirituelle- und Fastenbibliothek
- Fahrten im Minibus
- Mein offenes Ohr für Sie
- Ein Ausflug an die bretonische Küste
- Ein musikalischer Abend mit Troubadour SIRE DUZIG

Reservierung für Planung der **Energiebehandlungen + Heilpraktikerin** (siehe unsere Homepage):

- Energetische Ganzkörpermassage (Anzahl:) **60,00 €/1H**
- Energetische Fußreflexzonenmassage (Anzahl:) **60,00 €/1H**
- Shiatsu-Behandlung (Anzahl:) **60,00 €/1H**
- Lymphdrainage (Anzahl:) **60,00 €/1H**
- Schweizer Heilpraktikerin/naturheilkundliche Gesundheitsbilanz mit Irisdiagnose : **80,00 €/1H**
- Hydro-Kolon-Therapie **90,00 €/1H15** (Nur möglich, wenn Sie ein Auto besitzen, da 32 km Fahrt).
Wenn ja, **nehmen Sie bitte direkt Kontakt auf** mit Julie Beis au 07 86 55 43 30 / www.espace-paciflor.fr

Anreise:

(Empfang ab 16.00 Uhr – **Kursbeginn 18.00 Uhr**)

- ich komme mit dem Auto
- ich suche eine Mitfahrgelegenheit
- ich biete eine Mitfahrgelegenheit
- ich komme mit dem Zug
- ich komme mit dem Flugzeug
- ich möchte den Shuttle-Service für den Anreisetag reservieren (25 €): 15.15 Uhr am Bahnhof
- ich möchte den Shuttle-Service für den Abreisetag reservieren (25 €): 13 Uhr Abfahrt – 14 Uhr Bahnhof

Ich habe von « Fasten ohne Grenzen » gehört:

- über die Fasten-Wander-Zentrale
- Fastenwelt
- durch Freunde
- durch eine Suchmaschine im Internet
- Anderweitig

Ich habe bereits Fastenerfahrung: JA / NEIN (wenn JA, wie viele Tage? -)

Ich nehme Medikamente: JA / NEIN (wenn JA, welche? -)

Rücktritt durch Teilnehmer:

Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen, und es werden folgende Kosten fällig: Bei Rücktritt ab 30 Tage vor Kursbeginn bleibt die überwiesene Anzahlung während der 12 Folgemonate für einen Kurs Ihrer Wahl gültig. Danach wird der angezahlte Betrag nicht mehr zurückgezahlt. **Bei Stornierung innerhalb von 7 Tagen vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen oder Abbruch des Fastenkurses, aus welchem Grunde auch immer, ist die Gesamtsumme fällig (Kursgebühr und Unterkunft).**

Rücktritt durch Veranstalter:

Bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl (5 Personen) kann der Kurs bis zu 10 Tage vor Beginn abgesagt werden. Den Teilnehmern wird ein Ersatztermin angeboten. Sollte dieser Termin nicht geeignet sein, wird die bereits geleistete Anzahlung zurückerstattet.

Mit meiner Unterschrift auf dieser Anmeldung bestätige ich, dass:

- * ich die Verantwortung für mein Handeln während des gesamten Kurses übernehme und den Kursleiter von Haftungsansprüchen freistelle.
- * ich mich für gesund halte und freiwillig und in eigener Verantwortung an diesem Kurs teilnehme. Die o. g. Teilnahmebedingungen sind mir bekannt, und ich erkenne sie an.
- * ich die beigefügte „Charta für das Leben in einer Kurs-Gruppe Fasten“ anerkenne.

Bankverbindung: Kontoinhaber Sabine Neuhaus
IBAN: FR76 1360 6000 2337 5711 0900 071

Code SWIFT: AGRIFRPP836

Nach Eingang Ihrer schriftlichen Anmeldung und Anzahlung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung sowie weitere Infos zur Fastenvorbereitung und eine Liste der mitzubringenden Dinge (per E-Mail).

Datum und Unterschrift :

Fragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde FASTEN OHNE GRENZEN – Fastenwandern in der Bretagne



Datum der Fastenwoche: _____

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 litt 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 litt Sie an Diabetes mellitus Typ 2?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litt Sie je an einer Essstörung?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litt 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 und Unterschrift: