



**A & S Vitalkonzept**

**Annerose Lohse**

Büro: 09244 Lichtenau, Auerswalder Hauptstraße 130

Telefon: 037208/883536 oder 0172/4929336

[www.aundsvitalkonzept.com](http://www.aundsvitalkonzept.com) – [anneroselohse@gmx.de](mailto:anneroselohse@gmx.de)

**Verbindliche Anmeldung zum „Fasten für Gesunde“ 2023**

(Anmeldung bitte vollständig ausfüllen!)

Name:

Vorname:

Anschrift:

Telefonnummer:

eMail:

Geburtsdatum:

Termin Fastenwoche:

Einzelzimmer erwünscht: Ja / Nein

Bemerkungen:

Fastenverpflegung: **Leberfasten nach Dr. Worm**

**Basenfasten**

Der **Seminarpreis von 360€** beinhaltet die Betreuung durch eine ausgebildete Fastenleiterin, die gebuchte Verpflegung, Ausleitungsmittel und unterstützende Maßnahmen sowie das gesamte Fastenprogramm. Den Preis für die Übernachtung wird vor Ort bezahlt. (Stand 7/2022 50€ im EZ und 35€ im DZ pro Nacht)

Zusätzliche Kosten können sein: spezielle Angebote von Kollegen, bestellte Produkte und Massagen.

**Zahlungs- und Teilnahmebedingungen**

1. Schriftliche Anmeldung per Post, Fax oder eMail (bitte **KEINE Anzahlung** vornehmen!)
2. Schriftliche Anmeldebestätigung
3. Informationsbrief sowie der Rechnung über den Gesamtbetrag 4 Wochen vor Seminarbeginn

**Zahlungs- und Teilnahmebedingungen**

**Rücktritt und Rückzahlungen:**

Wenn die Mindestteilnehmerzahl von 5 Personen nicht erreicht wird, kann das Seminar bis 10 Tage vor Beginn von mir abgesagt werden, die Kursgebühr wird dann vollständig zurückgezahlt.

Bis 12 Wochen vor Veranstaltungstermin ist ein kostenfreier Rücktritt Ihrerseits möglich. Bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn entsteht eine Stornierungspauschale von 100€. Danach ist eine Rückerstattung von Seminargebühren nicht mehr möglich. Ich behalte mir vor, bei Krankheit oder besonderen Ereignissen die bereits gezahlten Gebühren in eine Gutschrift mit der Möglichkeit an einer anderen Fastenwoche teilzunehmen, umzuwandeln.

Überlegen Sie, ob der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung für Sie sinnvoll ist.

Mit der Erklärung auf dem Gesundheitsfragebogen bestätigen Sie, dass Kontraindikationen (z. B. Schwangerschaft und Stillzeit, akute und entzündliche Erkrankungen, Essstörungen, Ausgezehrtigkeit, Suchterkrankungen und Schilddrüsenüberfunktion) nicht vorliegen. Im Zweifelsfall beraten Sie sich bitte mit Ihrem Hausarzt. Eine Haftung des Veranstalters ist ausgeschlossen. Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie außerdem die Zahlungs- und Teilnahmebedingungen an und bestätigen, dass Sie die Informationen zum Datenschutz erhalten haben. Diese können auf der Webseite gelesen und ausgedruckt werden. Bitte schicken Sie mir mit Ihrer verbindlichen Anmeldung den Gesundheitsfragebogen im Original zurück.

Im Besonderen erlauben Sie die Verwendung von so genannten „unsicheren Medien“ z. B. SMS bzw. eMail.

Aktuelle coronabedingte Auflagen werden vom Veranstalter sowie vom TN eingehalten und vor Seminarbeginn kommuniziert.

**Datum und Unterschrift**

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank  
Steuernummer: 222/246/04436

IBAN: DE56 3006 0601 0105 4634 67

BIC: DAAEDEDXXX



**A & S Vitalkonzept**

**Annerose Lohse**

Büro: 09244 Lichtenau, Auerswalder Hauptstraße 130

Telefon: 037208/883536 oder 0172/4929336

[www.aundsvitalkonzept.com](http://www.aundsvitalkonzept.com) – [anneroselohse@gmx.de](mailto:anneroselohse@gmx.de)

## Gesundheits-Fragebogen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

**Bitte zutreffendes unterstreichen und/oder benennen!**

**Körpergröße/Gewicht:**

-----

Haben Sie schon einmal gefastet? Ja/Nein  
Wenn ja, gab es Besonderheiten? Welche?

Nehmen Sie regelmäßig vom Arzt verordnete Medikamente ein? Ja/Nein  
Wenn Ja, welche? Wogegen?

**Herzerkrankungen** Ja/Nein  
(Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Atemnot beim Treppensteigen, Herzmuskelentzündung)

**Kreislauf- und Gefäßerkrankungen** Ja/Nein  
(Durchblutungsstörungen, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, Krampfadern, Thrombosen)  
Wie hoch ist Ihr Blutdruck in etwa?

**Lungen- und Atemwegserkrankungen (Asthma)** Ja/Nein

**Erkrankungen des Verdauungstraktes, Lebererkrankungen, Nieren- und Harnwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) Schilddrüsenerkrankungen, Augenerkrankungen, Gicht (Harnsäurespiegel?)** Ja/Nein  
Wenn Ja, welche:

**Nervenleiden (Epilepsie, Lähmungen)** Ja/Nein

**Gemütsleiden (Depressionen, Psychosen, Neurosen, Essstörungen)** Ja/Nein  
Wenn ja, welche und wann:

**Erkrankungen des Skelettsystems** Ja/Nein  
(Wirbelsäulenerkrankungen, Gelenkerkrankungen)

**Allergien, Nahrungsmittelunverträglichkeiten** Ja/Nein

Sonstige, nicht aufgeführte Erkrankungen und Besonderheiten

Jeder Teilnehmer trägt während der Fastenwoche die volle Verantwortung für sich selbst.  
Der Veranstalter haftet nicht für eventuelle Erkrankungen, Schäden oder Verletzungen.  
Bei bestehenden Vorerkrankungen wird die Zustimmung des Hausarztes erbeten.

Unterschrift des Teilnehmers:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank  
Steuernummer: 222/246/04436

IBAN: DE56 3006 0601 0105 4634 67

BIC: DAAEDEDXXX