

## Fragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde



Datum der Fastenwoche: \_\_\_\_\_

Name und Adresse der Fastenleiter/in: \_\_\_\_\_

Veranstalter: \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie den Fragebogen zur eigenen Sicherheit sorgfältig aus und bringen ihn spätestens zum Kursbeginn mit.  
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 litten 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 litten Sie an Diabetes mellitus Typ 2?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten 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 / blutverdünnende Mittel (Antikoagulantien, z.B. Marcumar)
- Entwässerungsmittel (Diuretika)
- Bluthochdruckmittel (z. B. Betablocker)
- Appetitzügler
- Abführmittel
- Schilddrüsenmedikamente gegen Über- oder Unterfunktion
- 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.

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 ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung geben!

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

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift