

**Nadin Beyer**  
Am Sportplatz 18, 99428 Grammetal  
Telefon: 0170/49 20 730  
E-Mail: info@dein-ruhepol.de  
www.dein-ruhepol.de



**Verbindliche Anmeldung zum „Fasten für Gesunde“ 2024**  
*(Anmeldung bitte vollständig ausfüllen und unterzeichnen!)*

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<hr/>	
<b>Anschrift (PLZ, Ort):</b>	
<hr/>	
<b>Telefonnummer:</b>	<b>E-Mail:</b>
<hr/>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<hr/>	
<b>Termin Fastenwoche:</b>	<b>Ausweichtermin möglich? Ja / Nein</b>
<hr/>	
<b>Einzelzimmer erwünscht: Ja / Nein</b>	<b>Bemerkungen:</b>
<hr/>	
<hr/>	

**gewünschte Fastenverpflegung:**  Fasten nach Dr. Buchinger oder  Basenfasten

**Seminarpreis für Fasten nach Dr. Buchinger = 400 €, Seminarpreis für Basenfasten = 450 €**  
Der Seminarpreis beinhaltet die Fastenbetreuung, die gebuchte Verpflegung, Ausleitungsmittel und unterstützende Maßnahmen sowie das gesamte Fastenprogramm. Der Seminarpreis ist innerhalb des auf der Rechnung genannten Zahlungszieles zu zahlen.

Den Preis für die Übernachtung im DZ zur Einzelnutzung beträgt 75 € / Nacht. Der Preis für ein DZ mit 2er Belegung beträgt 100 € / Nacht.

Spezielle Angebote wie Massagen oder bestellte Produkte können vor Ort gebucht und in bar bezahlt werden.

**Zahlungs- und Teilnahmebedingungen**

1. Rücksendung des beidseitig ausgefüllten und unterzeichneten Anmeldeformulars sowie des Gesundheitsfragebogens per Post oder E-Mail
2. Erhalt einer Anmeldebestätigung per E-Mail, SMS oder WhatsApp
3. Erhalt eines Informationsbriefes und der Rechnung – etwa 4 Wochen vor Seminarbeginn

**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 Rechnungsgebühr wird dann vollständig zurückgezahlt.

Bis 12 Wochen vor Veranstaltungstermin ist ein kostenfreier Rücktritt Ihrerseits möglich. Bis 4 Wochen vor Veranstaltungsbeginn entsteht eine Stornierungspauschale von 200 €. Danach sind die Seminar- und Übernachtungsgebühren zu 100 % zu zahlen. 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.

**Prüfen Sie gern, ob der Abschluss einer Reiserücktrittsversicherung für Sie sinnvoll ist.**

Mit der Erklärung auf dem Gesundheitsfragebogen bestätigen Sie, dass Kontraindikationen (z.B. Schwangerschaft u. Stillzeit, akute und entzündliche Erkrankungen, Essstörungen, Ausgezehrtsein, 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 die Zahlungs- und Teilnahmebedingungen an. Bitte schicken Sie mir mit Ihrer verbindlichen Anmeldung den vollständig ausgefüllten Gesundheitsfragebogen im Original zurück. Im Besonderen erlauben Sie die Verwendung von so genannten „unsicheren Medien“, z. B. SMS, WhatsApp oder E-Mail.

**Datum, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bankverbindung: Sparkasse Mittelthüringen • IBAN: DE91 8205 1000 0163 1484 22 • BIC: HELADEF1WEM  
Steuernummer: 162/206/04288

**Bitte auch die Rückseite ausfüllen!!!**

**Gesundheits-Fragebogen** *Bitte zutreffendes ankreuzen und/oder benennen!*

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergröße/Gewicht: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

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,**  Ja /  Nein

**Nieren- und Harnwegserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes)**

**Schilddrüsenerkrankungen, Augenerkrankungen, Gicht (Harnsäurespiegel?)**

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: \_\_\_\_\_