

Fragebogen Gesundheitskurse

Vielen Dank für Ihr Interesse an meinem Kursangebot. Um die Qualität zertifizierter Gesundheitskurse gewähren zu können und damit Sie den bestmöglichen Gewinn für sich erzielen können, bitte ich Sie, den folgenden Fragebogen auszufüllen und zu unterschreiben. Bitte senden Sie ihn mir danach entweder ausgedruckt per Post oder eingescannt per E-Mail vor Kursbeginn zurück. Sollten Sie dazu noch Fragen haben, so stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Natürlich behandle ich Ihre Daten vertraulich im Rahmen der DSGVO.

Name

Adresse

Tel./Handy

E-Mail

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leiden Sie derzeit unter einer akuten Psychose?

ja nein

Leiden Sie derzeit unter einer schweren Depression?

ja nein

Haben Sie ein schweres Herzleiden ?

ja nein

Neigen Sie zu Krämpfen?

ja nein

Leiden Sie unter einer Lungenerkrankung oder einer
asthmatischen Erkrankung?

ja nein

Sollten Sie eine oder mehrere der oben gestellten Fragen mit ja beantwortet haben, halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt/Ärztin oder Psychologen/Psychologin, ob Sie an meinem Kursangebot teilnehmen können.

Hiermit bestätige ich, dass ich an keiner Erkrankung leide, die meine Geschäftsfähigkeit beeinträchtigt oder die aus medizinisch-psychologischen Gründen zurzeit einer Teilnahme an einem Gesundheitskurs entgegensteht. Sollte ich aktuell eine Psychotherapie in Anspruch nehmen oder wegen einer der o.a. Erkrankungen in ärztlicher Behandlung sein, so werde ich meinen behandelnden Arzt/Ärztin oder Psychologe/Psychologin über meine Teilnahme an dem von mir gewählten Kurs informieren.

Datum

Unterschrift