

Gesundheitsfragebogen zur Teilnahme an einer Fastenzeit für Gesunde bei ZeitzumFasten

Name, Vorname		
Anschrift		
Telefon/Handy	Email	Geburtsdatum

Voraus geschickt:

In Fastenkursen tauschen wir uns intensiv aus. Deshalb wählen wir für die Anrede die **Du-Form**. Sollte dies für Dich nicht in Ordnung sein, melde Dich bitte bei mir.

Um Dich bestmöglich während des Fastenkurses begleiten zu können habe ich nachfolgend einige wichtige Fragen.

Bitte fülle den Fragebogen sorgfältig aus. Deine Angaben dienen der Vorbereitung und individuellen Betreuung während des Fastenkurses und stellen sicher, dass ich auf eventuell vorliegende Indikationen ausreichend Rücksicht nehmen und Dich während der Fastenzeit bestmöglich begleiten kann.

Sollte es zu einzelnen Angaben noch weitere Fragen geben, oder eine zusätzliche Empfehlung oder Rücksprache mit einem Facharzt notwendig sein, werden wir die betreffenden Punkte in einem persönlichen Gespräch klären. Deine Angaben werden von mir streng vertraulich behandelt und nicht an dritte Personen weitergegeben.

Hinweise zum Datenschutz;

Wenn Du den Fragebogen zur Teilnahme an dieser Fastenwoche ausfüllst, werden durch mich u.a. Gesundheitsdaten und biometrische Daten verarbeitet um Deine körperliche Eignung festzustellen, Dich angemessen zu beraten bzw. zu begleiten und auch über den Kurs hinaus über Angebote gleicher Art zu informieren.

Die Verarbeitung dieser Daten erfordert Deine Einwilligung bzw. erfolgt ausschließlich auf Grundlage Deiner Einwilligung, (Art. 9 Abs. 2 lit. a DS-GVO, Art. 6 Abs. 1 lit. a DS-GVO).

Deine Einwilligung ist freiwillig und Du hast das Recht, Deine Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Durch den Widerruf Deiner Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der bis dahin auf dieser Grundlage erfolgten Verarbeitung, nicht berührt.

Einwilligungserklärung:

() Ich bin mit der Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Ein Exemplar dieser Einwilligungserklärung habe ich behalten.

Im Übrigen verweise ich hinsichtlich meiner Informationspflichten auf die Hinweise zum Datenschutz.

Ort, Datum Unterschrift

Und hier kommen die relevanten Fragen:

Hast Du bereits Fastenerfahrung?

JA Mal max.Tage NEIN

Was möchtest Du mit diesem Fasten erreichen? Bzw. was ist Deine Motivation zum Fasten?
(z.B. Prävention, Neuordnung, Entspannung)

Größe in cm:

Gewicht in kg:

Bist Du gesund und leistungsfähig? JA NEIN

Wenn Nein, welche Einschränkungen liegen vor?
.

Nimmst Du regelmäßig Medikamente, wenn ja welche?

Hast Du Deine evtl. Einschränkungen der Leistungsfähigkeit und/oder die Medikamenteneinnahme mit
Deinem Arzt abgeklärt.

JA NEIN

Zutreffende Punkte bitte ankreuzen:

Trinkst Du regelmäßig Kaffee? Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Trinkst Du regelmäßig schwarzen Tee? Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Trinkst Du regelmäßig grünen Tee? Wenn ja, wie viele Tassen pro Tag?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Rauchst Du?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>

Während dem Fasten wird empfohlen, vollständig auf das Rauchen zu verzichten.

Gesundheitsfragebogen zur Teilnahme an einer Fastenzeit für Gesunde bei ZeitzumFasten

Leidest Du unter regelmäßigen Kopfschmerzen? Wenn ja, wie oft?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leidest Du unter Migräne? Wenn ja, wie häufig?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast Du regelmäßig Rückenbeschwerden? Wenn ja, in welchem Bereich	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leidest Du an zu niedrigem Blutdruck?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leidest Du an zu hohem Blutdruck?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Bei Medikamenteneinnahme das Fasten bitte mit dem Arzt abstimmen.		
Bist Du schwanger oder stillst Du? Fasten wird bei schwangeren oder stillenden Frauen nicht empfohlen.	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wurdest Du vor kurzem operiert? Wie lange ist dies her? Was genau wurde operiert?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast Du Beschwerden oder eine Erkrankung des Magens? Wenn ja, welcher Art?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Neigst Du leicht zu Erbrechen?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast Du Beschwerden oder eine Erkrankung des Dünndarms? Wenn ja, welcher Art?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast Du Beschwerden oder eine Erkrankung des Dickdarms? Wenn ja, welcher Art?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Neigst Du leicht zu Durchfall?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Neigst Du leicht zu Verstopfung?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast oder hattest Du an eine Erkrankung des Herzens (zB. Herzrhythmusstörungen)?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast oder hattest Du an eine Erkrankung der Leber?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast oder hattest Du an eine Erkrankung der Nieren?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Wirst Du wegen Diabetes mellitus Typ 1 oder Typ 2 behandelt?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leidest oder littest Du je an einer Eßstörung?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hast oder hattest Du eine Nahrungsmittel-Allergie/-unverträglichkeit? Wenn ja, welche?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Hattest Du in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>
Leidest Du an einer psychischen Erkrankung?	JA <input type="checkbox"/>	NEIN <input type="checkbox"/>