

Anmeldung

Ich melde mich hiermit definitiv an:

Name/Datum der Veranstaltung

Vorname & Name:

Strasse & Nr.:

PLZ, Ort & Land:

Telefon / Handy:

Email Adresse:

Geburtsdatum:

Hast Du schon einmal holotrop geatmet?

Bei wem?

Sprichst Du englisch?

Versicherung ist Sache der Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Ich habe die Informationen gelesen und verstanden. Ich bin mit den Bedingungen dieser Veranstaltung einverstanden, und nehme in eigener Verantwortung daran teil.

Die Teilnahme ist erst dann garantiert, wenn dies im Gespräch von den Veranstaltern bestätigt wurde, und der gesamte Kursbetrag auf unser Konto bei der Basler Kantonalbank überwiesen ist:

Inhaberin: Janina Schlettwein, IBAN: CH14 0077 0250 8775 1200 8, BIC: BKBBCHBBXXX

Ort & Datum:

Unterschrift:

Bitte sendet die Anmeldung und den medizinischen Fragebogen ausgefüllt an Luccio Schlettwein, Socinstrasse 35, 4051 Basel, Schweiz, info@holotrop.ch

Medizinischer Fragebogen für das Holotrope Atmen

Holotropes Atmen soll der Erfahrung des persönlichen Wachstums dienen; es kann nicht als Ersatz für Psychotherapie angesehen werden.

Holotropes Atmen ist eine intensive, transformierende Arbeit. Es kann intensive Erfahrungen mit starken emotionalen oder körperlichen Anstrengungen auslösen. Hierfür ist psychische und physische Belastbarkeit wichtig.

Dieser Fragebogen soll uns bei Deiner Begleitung unterstützen und wird streng vertraulich behandelt. Bitte beantworte folgende Fragen so genau wie möglich.

A. Hattest Du in der Vergangenheit oder zur Zeit eine der folgenden Diagnosen?

	Ja	Nein
1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, inkl. Herzanfälle	___	___
2. Bluthochdruck	___	___
3. Ernsthafte geistige Erkrankungen	___	___
4. Kürzlich durchgeführte Operationen	___	___
5. Vergangene oder aktuelle körperliche Verletzungen	___	___
6. Derzeitige oder chronische Infektions- bzw. ansteckende Krankheiten	___	___
7. Glaukom (grüner Star)	___	___
8. Netzhautablösung	___	___
9. Epilepsie	___	___
10. Osteoporose	___	___
11. Asthma (wenn ja, bitte Inhalator mitbringen)	___	___
12. Chronische Kopfschmerzen/Migräne	___	___
13. Aneurysma (angeborene Gefässanomalie)	___	___
B. Warst Du schon einmal in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert?	___	___
C. Nimmst Du zur Zeit Medikamente?	___	___
D. Warst Du je aus schwerwiegenden medizinischen Gründen hospitalisiert?	___	___
E. Bist Du zur Zeit in einer Therapie oder Selbsthilfegruppe?	___	___
F. Gibt es sonst etwas bezüglich Deiner körperlichen oder emotionalen Verfassung, das wir wissen müssen?	___	___
G. Bist Du schwanger?	___	___

Bitte gib zu den Fragen, die Du mit „Ja“ beantwortet hast, ausführlichere Information auf der Rückseite.

Hiermit bestätige ich, dass ich die obigen Informationen gelesen und verstanden habe, dass ich alle Fragen vollständig und ehrlich beantwortet habe, und dass ich keine Informationen zurückgehalten habe. Meines Wissens ist mein allgemeiner Gesundheitszustand gut.

Name: _____

Ort & Datum: _____ Unterschrift: _____

Notfallnummer: Name: _____ Tel: _____