

## Stammdatenblatt

per Postweg oder per Mail an:  
**Petra Sölle, Halbgasse 6/25, 1070 Wien**  
[petra@gesundfasten.info](mailto:petra@gesundfasten.info)  
Tel. 0043 676 843555 305

Kurstermin: \_\_\_\_\_

Kursleiter: \_\_\_\_\_

Ihr Fastenziel: \_\_\_\_\_

### Angaben zur Person

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Mailadresse: .....

### Fastenerfahrung

nein  ja, \_\_\_ Mal, max. \_\_\_ Tage pro Kurs

Größe: \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, wenden Sie sich bitte vor Kursbeginn unbedingt an Ihren Hausarzt und die/den jeweilige/n Fastenleiter/in.**

GesundFasten-Wochen sind bestens geeignet für z.B.: Bluthochdruckpatienten (nach Absprache m d Arzt), leicht chronisch Erkrankte;

**Keinesfalls fasten sollten Minderjährige, Schwangere und Stillende.**

*Nehmen Sie Medikamente gegen Bluthochdruck?*

ja  nein

*Sind Sie Diabetiker?*

ja  nein

*Welche Medikamente nehmen Sie?*

*Leiden Sie an Obst- oder Gemüse-Unverträglichkeiten?*

\_\_\_\_\_

Dies ist ein Fasten für Gesunde und kein Heilfasten mit ärztlicher Begleitung. **Ich bestätige hiermit, dass ich mich für gesund halte und in eigener Verantwortung und freiwillig an diesem Fastenangebot teilnehme.** Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen den/die Fastenleiter/in dieser Fastenwoche. Dieses Blatt wird nach dem Kurs entsorgt und nicht mehr verwendet!

\_\_\_\_\_ Datum/Ort Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich auch die Kenntnisnahme dieses Informationsblattes.