

ॐ Yoga-Heil-Zentrum Nordheide ॐ

Felicitas Gerull

Anmeldeformular für einen *Felispiri* ॐ *yoga*-Kurs

Yogakurs-Wochentag: _____ Uhrzeit: _____

Name _____ Geb.-datum _____
(bei Minderjährigen zusätzlich Name der Eltern):

Adresse (Straße, PLZ, Wohnort): _____

Tel. privat: _____ Tel. beruflich: _____

Handy-Nr.: _____ Email-Adresse: _____

Beruf: _____ Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Probemonat** vom _____ bis zum _____.2020: _____ € (am Kursbeginn zu zahlen)
- Monatsbeitrag** für 4 Yogaeinheiten ab _____ 2020: _____ € (für mind. drei Monate, 4 Wochen Kündigungsfrist zum Monatsende); bitte per Dauerauftrag **zum Monatsanfang** auf folgendes **N26-Konto: IBAN: DE75 1001 1001 2625 3733 04 BIC: NTSBDEB1XXX**

Gesundheitsfragen

Damit wir als Yogalehrer*in im Unterricht optimal auf deine individuellen Bedürfnisse eingehen können, beantworte bitte die **Gesundheitsfragen unten** möglichst genau und bestätige die Aussagen mit deiner Unterschrift. Alle hier gemachten Angaben sind **freiwillig, aber gleichzeitig für uns wichtig, um dich bestmöglich im Yogaunterricht anzuleiten**. Sie sind ausschließlich zu diesem Zweck gedacht und werden von uns geschützt verwendet und aufbewahrt. Selbstverständlich beherzigen wir als Yogalehrer*in die **Schweigepflicht in Bezug auf persönliche Daten/ vertrauliche Informationen**.

Bei Unsicherheiten und auch **wenn später vor, während oder nach dem Yogakurs Beschwerden auftreten, sprich uns bitte direkt** an und ggf. auch den Arzt/die Ärztin oder Heilpraktiker*in Deines Vertrauens.

Ich bin an folgenden Störungen erkrankt (Zutreffendes bitte ankreuzen) und nehme folgende Medikamente:

- **Bluthochdruck:** nicht behandelt / medikamentös gut eingestellt mit _____
- **Herzschwäche:** nicht behandelt / medikamentös gut eingestellt mit _____
- **Wirbelsäulenleiden**, z.B. Skoliose _____
- **Bandscheibenschaden** (welche Höhe?) _____
- **Gelenkschmerz/Arthrose/Rheuma:** Knie/Hüfte re-li/Schulter re-li/sonstige _____
- **Gelenkersatz** (Hüfte/Knie) _____
- **Erhöhter Augendruck:** nicht behandelt / medikamentös gut eingestellt _____
- **Operation(en):** wann? / wegen _____
- **Psychische/psychosomatisch Störungen/Erkrankungen** (Allergien, Schlaf-, Essstörungen, Depressionen, burn-out etc.): nicht behandelt / therapiert mit _____
- **Sonstige Beschwerden** _____

An dem *Felispiri* ॐ *yoga* Kurs nehme ich eigenverantwortlich im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen teil. Ich erhalte qualifizierten Yoga-Unterricht und bin mir gleichzeitig bewusst, dass ich grundsätzlich die Verantwortung für meine Gesundheit selber trage. Zu meiner persönlichen Sicherheit informiere ich meine*n Yogalehrer*in bei Veränderung meines Gesundheitszustandes.

Ort _____, den _____ 2020 Unterschrift _____

Am Kattenberge 79 a, 21244 Buchholz/Nordheide
Tel: 04181-21 68 308, Mobil 01520-722 6222, yoga.nordheide@gmail.com

www.pranayoga-nordheide.de