



Anmeldeformular Scheinfasten-Workshop

Name, Vorname:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort	
Tel.	
Handy	
Mail	
Geburtsdatum:	

☐ Ich melde mich hiermit verbindlich zum Scheinfasten-Workshop an.

Wunschtermin: _____

Folgende Diagnosen liegen bei mir **NICHT** vor:

- ☐ Diabetes Typ 1 oder Typ 2
- ☐ Schwangerschaft oder Stillzeit
- ☐ Alter (über 70 Jahren) (unter Vorbehalt)
- ☐ Untergewicht bzw. Adipositas (BMI <18,5 bzw. BMI >30) (unter Vorbehalt)
- ☐ Hochdosierte Hormonersatztherapie (unter Vorbehalt)
- ☐ Verdauungsbeschwerden (unter Vorbehalt)
(Reizdarm, Fructose-/Laktosemalabsorption, Stuhlunregelmäßigkeiten, starke Blähungen, etc.)
- ☐ Chronische Erkrankungen (unter Vorbehalt)
- ☐ Regelmäßige Medikamenteneinnahme (unter Vorbehalt)

Bei Unklarheiten von Beschwerden bzw. dem Vorliegen von aufgelisteten Diagnosen ist eine vorherige Rücksprache zwingend erforderlich.

Datum:

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen an.