

Liebe Kursteilnehmerin, lieber Kursteilnehmer,  
 ich bitte Sie die folgenden Fragen zu Ihrer Person zu beantworten, damit ich alle wichtigen Informationen von Ihnen habe. So kann ich mich gut auf Ihre Anliegen und Bedürfnisse einstellen. Sollten Sie bestimmte Fragen nicht beantworten können / wollen, lassen Sie diese Fragen offen oder Sie sprechen mich konkret darauf an.

Selbstverständlich werden alle Angaben streng vertraulich behandelt. Ich stehe unter Schweigepflicht.

Name	Vorname	Geb.- Datum
Adresse / Wohnort	Tel.: Email:	Krankenkasse
Beruf	berufstätig	Nicht berufstätig
Von wem haben Sie die Informationen über diesen Kurs?		
Welches ist Ihr Hauptanliegen diesen Kurs zu besuchen?		
Haben Sie Symptome, die Sie im Alltag beeinträchtigen?		
Haben Sie regelmäßigen unangenehmen Stress?		
Haben Sie akute oder chronische Erkrankungen?		
Hatten Sie innerhalb der letzten sechs Monate eine Operation?		
Ist Ihre körperliche Bewegungsfreiheit eingeschränkt?		
Sind Sie regelmäßig in ärztlicher Behandlung? Bitte markieren → Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		
Diagnose/n:		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sind Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Bitte markieren → Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/></li> <li>• Diagnose/n:</li> <li>• Waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? Bitte markieren → Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/></li> <li>• Diagnose/n:</li> </ul>		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja – welche?		
Haben Sie bereits Erfahrungen mit Entspannungsmethoden? Wenn ja, welche?		
Eigene Anmerkungen – bitte gerne eintragen:		
<b>Erklärung zur Kostenübernahme:</b> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass ich die Kursgebühren selbständig übernehme, falls die Kosten von meiner Krankenkasse nicht übernommen werden z. B. bei unzureichender Teilnahme.		
<b>Datenschutz:</b> Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach der DSGVO <sup>1</sup> gespeichert und für Zwecke der Organisation / Administration u. qualifizierter Anleitung der Methoden erhoben u. bei Bedarf gedruckt werden. Die Daten sind in verschließbaren Schränken gesichert. Ich kann jederzeit meine Erklärung widerrufen.		
Besten Dank für Ihre Mitarbeit!		
Datum:		Unterschrift:

<sup>1</sup> EU – Datenschutz- Grundverordnung