

Gesundheitserklärung

Name: **M/F**
Geburtsdatum :/...../.....
Anschrift
Postleitzahl: **Ort:**
(Mobil-)Telefon **E-Mail:**

Fragen zu Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand

	Ja	Nein
1. Sind Sie aktuell gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

2. **Haben oder hatten Sie an einer der folgenden**

Erkrankungen gelitten:

Herzkrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schwere Hypertonie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nierenversagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ernsthaftes Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kürzlich nicht notleidend operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Migräne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....

<ul style="list-style-type: none"> • Autoimmunerkrankungen (wie Rheuma, MS, Crohn, Diabetes, Asthma), wenn ja, welche? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

.....

<ul style="list-style-type: none"> • Sonstige Bedingungen 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

.....

3. **Nutzen Sie derzeit**

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Medikamente für das Herz <input type="checkbox"/> Welche Medikamente nehmen Sie ein? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

.....

4. **Sind Sie allergisch gegen einen bestimmten Stoff? (Lebensmittel/Umwelt etc.)**

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

.....

5. Sind Sie schwanger oder möchten Sie schwanger werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

6. Gibt es noch etwas, über das Ihr Praktizierender wissen sollte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

.....

7. **Hiermit erkläre ich, dass ich dieses Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.**

Datum:

Unterschrift Teilnehmer:

HAFTUNGSAUSSCHLUSS

1. Meine Teilnahme an dem Workshop / dem Seminar erfolgt freiwillig, auf eigene Gefahr und eigenes Risiko.
2. Ich verzichte hiermit ausdrücklich auf sämtliche Ansprüche – gleich welcher Art – aus Schadensfällen, Verletzungen oder Folgeschädigungen die im Zusammenhang mit meiner Workshopteilnahme sowie mit dem Training der erlernten Methoden eintreten könnten, es sei denn, die nachstehend genannte Workshopleitung oder das Workshopteam handelt vorsätzlich oder grob fahrlässig.
3. Auch für Sachschäden wird eine Haftung vonseiten der genannten Workshopleitung oder dem Workshopteam ausgeschlossen.
4. Ich wurde über die Kontraindikationen der Wim Hof Methode informiert (siehe unten) und versichere, dass mein körperlicher sowie geistiger Zustand eine sichere Workshopteilnahme ermöglicht. Ich habe mich bei einem Arzt meines Gesundheitszustandes versichert. Habe ich darauf verzichtet, so tue ich dies auf eigene Verantwortung.
5. Für gesundheitliche Risiken, auch solche, die mir selbst aktuell nicht bekannt sind, übernimmt die Workshopleitung oder das Workshopteam im Falle eines Unfalls oder Schadens keine Haftung.
6. Jede Erkrankung und auch plötzliche Befindlichkeitsänderungen wie Übelkeit, Schwindel, Schmerz, Herzrasen oder Ähnlichem werde ich sofort der Workshopleitung mitteilen und gegebenenfalls die Teilnahme abbrechen.

Den Anleitungen der Workshopleitung werde ich im Rahmen des Schutzes der eigenen und der fremden Gesundheit jederzeit Folge leisten.

7. Ich bin gegen Unfälle und Verletzungen, die im Rahmen des Workshops / des Seminars auftreten können, versichert. Gleiches gilt für den direkten Weg von und zum Veranstaltungsort. Ist dies nicht der Fall, geschieht dies auf meine Verantwortung.

Kontraindikationen.

Wir raten davon ab, die Methode bei Epilepsie, Raynaud-Syndrom Typ II oder während der Schwangerschaft durchzuführen. Bei schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen sollte die teilnehmende Person zunächst einen Arzt konsultieren. Bei schwerwiegenden psychischen Problemen sollte die teilnehmende Person diese mit einer geeigneten Fachkraft besprechen. Darüber hinaus sollten einige Teilnehmer besonders vorsichtig sein. Dies gilt insbesondere für folgende Zustände:

Personen mit Herzproblemen und/oder einem (sehr) hohen Blutdruck, die Medikamente dagegen entnehmen, vorheriger Schlaganfall oder Herzinfarkt, Nierenerkrankung, Angina pectoris, Arteriosklerose, Raynaud-Syndrom Typ I, Migräne. Kurz nach einer Operation. Frauen, die gerade entbunden haben, sollten mindestens 2 Wochen warten, bevor sie sich der Kälteexposition unterziehen (erhöhtes Risiko für RCVS). Personen mit Metallimplantaten. Augenerkrankungen, bei denen der Druck den Zustand verschlechtern kann (Glaukom, Proptose). Panikstörung, Kälteurtikaria, schweres Asthma.

Name und Vorname (Teilnehmer/in):

Workshopleitung:

Notfallkontakt (Name und Telefon):

Datum des Workshops:

Ich habe mich über den Inhalt dieser Haftungsausschlusserklärung vollständig informiert, in dem ich diese gelesen habe, bevor ich meine Unterschrift leiste.

Datum und Ort:

Unterschrift:.....