Sabine Weimershaus

Diplom-Psychologin

Heilpraktikerin für Psychotherapie

Psychoonkologin (DKG)

Yogalehrerin

Yogatherapeutin

**Anmeldeformular zu einer Yoga-Therapie Sitzung**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

Verheiratet / ledig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Im Notfall zu verständigen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kurzbeschreibung des gegenwärtigen Gesundheitszustandes, wenn nötig auf einem separaten Blatt: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Körperliche Einschränkungen / Kommentare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wenn zutreffend bitte ankreuzen:

○Herzerkrankungen ○Bluthochdruck ○Zwerchfellbruch ○Angst/ Panikstörung

○Depression ○Gelenkprobleme ○Arthritis ○kürzlich aufgetretene Verletzungen/ Operationen ○Kopfschmerzen ○Verdauungsprobleme ○kürzlich erfolgte Operationen ○Autoimmunerkrankungen ○andere ○vor kurzem erlittener Verlust von Angehörigen (Eltern, Partner, Kind) ○Pensionierung ○Verlust der Arbeit ○Scheidung ○Kind hat das Haus verlassen ○zusätzliche Verantwortlichkeiten

In letzter Zeit eingenommene Medikamente einschließlich Kräuter- und alternative Medikamente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name und Tel.Nr. des behandelnden Arztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ich übernehme die volle Verantwortung für meine freiwillige Teilnahme an der Yoga-Therapie Sitzung. Ich stimme zu, sanft und achtsam vorzugehen und entsprechend meiner Möglichkeiten zu arbeiten, sowohl in der Stunde als auch zu Hause. Ich entlaste den Lehrer, Besitzer des Zentrums oder der Einrichtung und den behandelnden Arzt von jeder Haftung, die aus Verletzung oder Beschwerden durch meine Teilnahme entstehen. Ich bin ebenfalls damit einverstanden, dass ein Formular zur Entlastung an meinen oben genannten behandelnden Arzt geschickt wird.

Unterschrift und Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_