



# Anmeldeformular

## Ausbildung in Natur-Prozessbegleitung

Bitte dieses Anmeldeformular und den nachfolgenden Gesundheitsfragebogen ausfüllen und an mich, *Ingmar Gröhn*, zurücksenden (am PC ausgefüllt, abfotografiert oder eingescannt):  
[ingmargroehn@posteo.de](mailto:ingmargroehn@posteo.de)

Anschließend erhältst du zeitnah eine Rückmeldung sowie eine Anmeldebestätigung als PDF, soweit alles von deiner und meiner Seite passt. Damit wäre dein Platz an der *Ausbildung in Natur-Prozessbegleitung* reserviert.

**Vor- und Nachname**

**Geburtsdatum**

**Wohnort**

**Postleitzahl**

**Straße**

**Telefonnummer**



**Emailadresse**

**Beruf/ Tätigkeit**

**Wie bist du auf Ingmar Gröhn mit seinen Angeboten aufmerksam geworden?**

**Warum möchtest du an der Ausbildung teilnehmen?**

**Möchtest du in meinen Newsletter hinzugefügt werden?**

*Du erhältst alle 1-2 Monate eine Mail zu aktuellen Angeboten und mehr.*



# Gesundheitsfragebogen

Name:

Anschrift:

Tel. und E-Mail:

--	--	--

Haben Sie in den letzten Jahren unter schweren Krankheiten gelitten? Wenn ja, welche und wann?

--

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

--

Nehmen Sie zurzeit Stimulantien, psychoaktive Substanzen und/ oder Betäubungsmittel ein und haben Sie damit Erfahrungen (Cannabis, Alkohol, LSD, Kokain, Heroin etc.)?

--

Ist Ihnen bekannt, ob Sie aktuell eine der folgenden Krankheiten haben?

*Bitte Ankreuzen*

**Herzerkrankungen (z.B. Brustschmerzen, Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Herzfehler)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

**Kreislauf-/Gefäßerkrankungen (z.B. Krampfadern, Thrombose, Durchblutungsstörungen, hoher/ niedriger Blutdruck)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

**Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Neigung zu Hyperventilation, Atemnot)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?



### **Schilddrüsenerkrankungen**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Diabetes (wenn ja, insulinpflichtig?)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Nervenerkrankungen (z.B. Epilepsie, Lähmungen)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Erkrankungen der Knochen oder Muskeln (z.B. Bandscheibenvorfall, Bänderriss)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Bluterkrankungen oder Blutgerinnungsstörungen**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Allergien (z.B. Heuschnupfen, Insektenstiche)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Psychische Erkrankungen/ Symptome (z.B. Psychosen, Depression, Burn-Out, Gefühlslosigkeit)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

### **Empfindlichkeiten und Unverträglichkeiten (z.B. gegen Sonneneinstrahlung, Glutenunverträglichkeit, Laktoseintoleranz, bestimmter Ernährungsstil)**

JA / NEIN – wenn ja, welche genau?

**Sonstiges:**

**Ort, Datum:**

**Unterschrift Teilnehmer/ in:**