

# Anmeldung zum deutsch-französischen Fastenwandern an der Côte d'Azur mit Gesa

(Bitte gleichzeitig mit der Überweisung Ihrer Anzahlung zurücksenden)



**DATUM FASTENKURS** vom ..... bis .....

Name..... Vorname..... M / W  
Straße..... PLZ..... Stadt .....

Land .....

Telefon..... Mobil.....

E-Mail..... Facebook .....

Geb. Datum.....

Ich wurde geworben durch .....

## KURSGEBÜHR INKL. UNTERKUNFT im CASTEL CAMEL IM KONFORTABLEN SCHLAFSAAL

2 große DZ mit Durchgangszimmer / 1 Bad WC

Fasten & Wandern: **780 €**       Fasten & YogaRetreat: **890 €**       Fasten & Golf: **1390 €**

## UPGRADE AUF DIE UNTERKUNFT

1 Zimmer mit zwei Einzelbetten / pro Person/ Bad und WC mit gemeinsamer Nutzung: **230 €**  
 1 Zimmer mit Doppelbett / pro Person/ Bad und WC mit gemeinsamer Nutzung: **130 €**  
 1 Zimmer mit Doppelbett / Einzelnutzung/ Bad und WC privat: **360 €**

## ANREISE

(Empfang ab 16.00 Uhr – **Abendveranstaltung 19.15 Uhr**)

- ich komme mit dem Auto     ich suche eine Mitfahrgelegenheit     ich biete eine Mitfahrgelegenheit  
 ich komme mit dem Zug     ich komme mit dem Flugzeug nach Nizza  
 ich möchte den Shuttle-Service am Sonntag reservieren (**15 €**): 15h30 am Bahnhof, SNCF Menton  
 ich möchte den Shuttle-Service am Samstag reservieren (**15 €**): 12h30 Abfahrt – 13h SNCF Menton

Ich habe von « VillaSana an der Côte d'Azur » gehört:

- über die Fasten-Wander-Zentrale  
 durch Freunde  
 durch eine Suchmaschine im Internet  
 Anderweitig.....

Ich habe bereits Fastenerfahrung: JA / NEIN (wenn JA, wie viele Tage? .....) )

Ich nehme Medikamente: JA / NEIN (wenn JA, welche? .....) )

**ANZAHLUNG: 230 €** per Überweisung - damit ist Ihr Platz gesichert.

Den Restbetrag wie auch die Zusatzbehandlungen zahlen Sie bitte am Anreisetag per online Überweisung und auch in bar.

Reservierung der **Energiebehandlungen** (siehe unsere Homepage): Ich empfehle, bereits bei Einschreibung Ihre Wunschbehandlungen zu buchen, damit ich sie einplanen kann.

- Ganzkörpermassage entspannend mit Ölessenzen (Anzahl: ..... ) **90,00 €/1h30**  
 Energetisierende Ganzkörper- und Faszienmassage (Anzahl: ..... ) **90,00 €/1h30**  
 Entspannende Rückenmassage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/1h**  
 Detox-Fußreflexzonenmassage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/1h**  
 Cranio-Sacral Massage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/1h**  
 Lymphdrainage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/1h**  
 Chi Nei Tsang (Bauch- und Darmmassage): **70,00 €/1h**  
 Homöopathische Konstitutionsbestimmung und Energiebehandlung: **70,00 €/1h**

## INKLUSIVLEISTUNGEN

- Tägliche Wanderungen (3-4 Std.) im Hinterland und entlang der Küste mit Baden im Meer
- Ausflüge und private Führungen durch die Highlights der Region
- Ausflug mit dem „Zug der Wunder“ zum sagenhaften Monastère de Saorge
- Morgendliche geführte Meditationen mit Frequenzmusik
- Morgendliche Selbstmassage mit DO IN
- Sauna, Schwimmbad, Sonnenbaden
- Zugriff auf meine spirituelle und Fasten-Bibliothek
- Themenabende (NIDRA YOGA, CHAKREN, Emotional Freedom Dance, MANTRA SONGS)\*\*
- Gemütliche Gruppenrunden mit Kaminfeuer
- Mein offenes Ohr für Sie, auch als Heilpraktikerin
- BIO-Getränke: Apfelsaft, Gemüsebrühe, Basentees
- Speziell gereinigtes, energetisiertes und strukturiertes Wasser als Ihr Fasten-Elixier ☺

*\*\*Je nach Verfügbarkeit der Atelierleiter*

## RÜCKTRITT DURCH TEILNEHMER

**Der Rücktritt muss schriftlich erfolgen**, und es werden folgende Kosten fällig: Bei Rücktritt ab 30 Tage vor Kursbeginn bleibt die überwiesene Anzahlung während der 12 Folgemonate für einen Kurs Ihrer Wahl gültig. Danach wird der angezahlte Betrag nicht mehr zurückgezahlt. **Bei Stornierung innerhalb von 7 Tagen vor Kursbeginn oder bei Nichterscheinen oder Abbruch des Fastenkurses, aus welchem Grunde auch immer, ist die Gesamtsumme fällig (Kursgebühr und Unterkunft).**

## RÜCKTRITT DURCH VERANSTALTER

Bei Nichterreichen der Mindestteilnehmerzahl (5 Personen) kann der Kurs bis zu 10 Tage vor Beginn abgesagt werden. Den Teilnehmern wird ein Ersatztermin angeboten. Sollte dieser Termin nicht geeignet sein, wird die bereits geleistete Anzahlung zurückerstattet.

## MIT MEINER UNTERSCHRIFT AUF DIESER ANMELDUNG BESTÄTIGE ICH, DASS:

- ich die Verantwortung für mein Handeln während des gesamten Kurses übernehme und den Kursleiter und Vermieter der Unterkunft von Haftungsansprüchen freistelle
- ich mich für gesund halte und freiwillig und in eigener Verantwortung an diesem Kurs teilnehme. Die o. g. Teilnahmebedingungen sind mir bekannt, und ich erkenne sie an.
- ich die *„Charta für das Leben in einer Kurs-Gruppe Fasten“* anerkenne
- sollte ich unter medikamentöser Behandlung stehen, ich ein ärztliches Zertifikat beifüge, dass die Teilnahme gestattet.

**Bankverbindung in Nizza, Frankreich für die Anzahlung von 230 €:**  
**Gesa Kaehlbrandt, IBAN: FR76 1910 6006 0043 6611 1458 589**  
**BIC: AGRIFRPP891**

*Nach Eingang Ihrer schriftlichen Anmeldung (gerne per E-Mail) und Anzahlung erhalten Sie eine Anmeldebestätigung sowie weitere Informationen zur Fastenvorbereitung und eine Liste der mitzubringenden Dinge. Wir freuen uns auf Sie!*

## **Datum und Unterschrift:**



## Fragebogen zur Teilnahme an einer Fastenwoche für Gesunde „Fastenwandern mit Gesa“ an der Côte d'Azur

Datum der Fastenwoche: .....

Bitte den beantworteten Fragebogen zur eigenen Sicherheit spätestens 1 Woche vor Fastenbeginn zurück senden per e-Mail. Die Daten dienen zur Vorbereitung und zur individuellen Betreuung während der Fastenwoche und werden ausschließlich und nur für diesen Zweck erfasst. Die Angaben werden streng vertraulich behandelt und nicht an andere Personen weitergegeben.

Name, Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon/Fax: ..... E-Mail: .....

Geb.-Datum: ..... Größe in cm: ..... Gewicht in kg: .....

Haben Sie bereits Fastenerfahrung? JA  NEIN  ..... Mal max..... Tag zuletzt am: .....

Was möchten Sie mit dem Fasten erreichen? (z.B. Prävention, Neu-Ordnung, Entspannung) .....

Halten Sie sich für gesund und leistungsfähig? JA  NEIN

Wenn Nein, welche Einschränkungen liegen vor? .....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? JA  NEIN

Wenn Ja, welche? .....

Trinken Sie Kaffee, schwarzen oder grünen Tee?	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Kopfschmerzen oder Migräne?	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie Rückenbeschwerden?	oft <input type="checkbox"/>	selten <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an zu niedrigem Blutdruck?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an zu hohem Blutdruck?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Magens oder Dünndarms?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie eine Erkrankung des Dickdarms?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Haben oder hatten Sie oft Magen- oder Darmbeschwerden?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Neigen Sie leicht zu Erbrechen, Durchfall oder Verstopfung?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung des Herzens, Leber oder Niere?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an Diabetes mellitus Typ 1?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an Diabetes mellitus Typ 2?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie je an einer Essstörung?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie an psychischen Störungen?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Leiden oder litten Sie je an einer Nahrungsmittel-Allergie/-Unverträglichkeit?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in letzter Zeit ungewollte Körpergewichtsverluste?	JA <input type="checkbox"/>		NEIN <input type="checkbox"/>

Durch das Fasten kann die Wirkung zahlreicher Medikamente verändert sein. Falls Sie eines oder mehrere der folgenden Medikamente einnehmen, können Sie nur an einem Fasten unter direkter ärztlicher Aufsicht teilnehmen.

- Stark blutgerinnungshemmende Mittel (Antikoagulantien, z.B. Marcumar)
- Entwässerungsmittel (Diuretika) • Bluthochdruckmittel (z. B. Betablocker)
- Appetitzügler • Abführmittel • Schilddrüsenmedikamente gegen Überfunktion
- Blutzuckerregulierende Medikamente • Hormonpräparate (v.a. Insulin, Kortison)
- Psychopharmaka (v.a. Antiepileptika, Neuroleptika und Lithium)

**Werdende und stillende Mütter sowie Menschen mit depressiven Verstimmungen und psychischen Erkrankungen sowie frisch Operierte dürfen nicht fasten. Bitte denken Sie auch daran, dass der Empfängnisschutz durch orale Kontrazeptiva („Pille“) während des Fastens nicht sicher ist.** Bitte sprechen Sie mit Ihrem Arzt und lassen sich zu Ihrer eigenen Sicherheit eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung geben.

Ich bin darüber informiert, dass der ausgeschriebene Kurs ein Fastenkurs für Gesunde, also ein Präventivfastenkurs ist, und kein „Heilfasten“ unter ärztlicher Leitung. Die vertraglichen Leistungen ergeben sich aus der Leistungsbeschreibung des Veranstalters. Programmänderungen begründen keine Ersatzforderungen.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich gesund bin und übernehme die Eigenverantwortung mich für eine ärztliche Diagnose oder Behandlung an einen Arzt zu wenden. Während der Teilnahme an der Fastenwoche trage ich die volle Verantwortung für mein eigenes Handeln. Ich erhebe keinen Haftungsanspruch gegen die Fastenleiter/In, die Vermieter der Unterkunft, Organisatoren bzw. Träger dieser Fastenwoche. Ich kenne die Teilnahmebedingungen und bin damit einverstanden. Für vom Fastenteilnehmer eingebrachte Gegenstände wird ferner keine Haftung übernommen.

**Datum und Unterschrift:**