

# 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 spreche französisch :  ein wenig  gut...Ich spreche englisch:  ein wenig,  gut

## KURSGEBÜHR im CHÂTEAU DE L'ANGLAIS FÜR MOTIVIERTE PAARE, FREUNDE ODER FAMILIE:

Fasten & Wandern & YogaRetreat: **890 €**

## DIE UNTERKUNFT pro Person

- 1 Zimmer mit kl. Doppelbett / Doppelbelegung / 2 WC's, Bad geteilt (en Dépendence): **230 €**
- 1 Zimmer mit gr. Doppelbett / Doppelbelegung/ 2 WC's, Bad geteilt (en Dépendence): **330 €**
- 1 Zimmer mit gr. Doppelbett / Doppelbelegung/ Bad semi-privat, 2 WC's (im Château) : **430 €**
- 1 Zimmer mit KING SIZE Bett / Doppelbelegung/ Bad semi-privat, 2 WC's (im Château): **490 €**

## 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 einen Transport Service am Sonntag reservieren (**15 €**): 15h30 am Bahnhof, SNCF NICE, oder 16h am Flughafen Nice
- ich möchte einen Transport Service am Samstag reservieren (**15 €**): 12h30 Abfahrt – 13h SNCF NICE oder 13h30 Flughafen NICE

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: 430 €** per Überweisung an Gesa Kaehlbrandt - 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):

- Ganzkörpermassage entspannend mit Ölessenzen (Anzahl: ..... ) **90,00 €/1h20**
- Energetisierende Ganzkörper- und Faszienmassage (Anzahl: ..... ) **90,00 €/1h20**
- Entspannende Rücken- und Nackenmassage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/50 min**
- Deep Tissue Rücken und Beine mit Gliedermanipulation (Anzahl: ..... ) **70,00 €/50 min**
- Cranio-Sacral Therapie Tiefenentspannung (Bauch, Solarplexus, Nacken) (Anzahl: ..... ) **70,00 €/50 min**
- Lymphdrainage (Anzahl: ..... ) **70,00 €/50 min**
- CHI NEI TSANG oder SHIATSU (Bauch- und Darmmassage): **70,00 €/50 min**
- Sitzung mit mir als Heilpraktikerin, homöopathische Konstitutionsbestimmung **70,00 €/50 min**

## INKLUSIVLEISTUNGEN

- Tägliche Wanderungen (3-4 Std.) im Hinterland oder auch entlang der Küste mit Baden im Meer (in Villefranche sur mer und Saint Jean Cap Ferrat) und Verweilen an den schönsten Plätzen dieser einmaligen Region
- Ausflug mit dem „Zug der Wunder“ zum sagenhaften Monastère de Saorge mit privater Führung
- Morgendliches Dehn- und Iyengar Yoga (Abends Nidra Yoga) und Atemübungen, DO IN zur muskulären Erwärmung, Atmungsförderung und ganzheitlichen Öffnung.
- Privates Schwimmbad und Terrasse mit Panoramablick, Sonnenbaden am Meer in Fußnähe
- Faszinierende Sonnenuntergänge und Aussichten über die weltberühmte Baie des Anges und den Hafen von Nizza. Und doch ist alles still!
- Zugriff auf meine spirituelle und Fasten-Bibliothek
- Themenabende (LACH YOGA, CHAKREN, Emotional Freedom Dance, MANTRA SONGS)\*\*
- Gemütliche Gruppenrunden aber auch viel Ruhe und Schweigen
- Mein offenes Ohr für Sie, auch als Heilpraktikerin
- BIO-Getränke: Apfelsaft, Gemüsebrühe, Basentees und viele kleine Wohlfühl-Aufmerksamkeiten.

*\*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 430 €:**

**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:**

**Gesa Kaehlbrandt – VillaSana**, 4, rue Fodéré - 06300 Nice (Frankreich)  
Tel. +33 / (0)6 69 52 97 17 oder +49 / (0)176 709 586 72 – [gesa@villasana.fr](mailto:gesa@villasana.fr)  
[www.villasana.fr](http://www.villasana.fr) - [www.fasten-frankreich.de](http://www.fasten-frankreich.de) - n° SIREN: 498491794



## 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: .....

Alter:..... 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:**