

Entspannungstraining und Stressbewältigung Progressive Muskelentspannung nach Jacobson



ANMELDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich für den folgenden Kurs an:

Kurs: Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
Datum: 30.01.2020 – 19.03.2020 jeweils 19.30 Uhr - 20.30 Uhr (8x 60 Minuten)
Ort: Weinbergstr. 18, 88690 Unteruhldingen

Persönliche Daten

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefon-/Mobil-Nr.: _____
E-Mail: _____

Die Teilnahmegebühr für den Kurs beträgt 100,00 € und ist nach Erhalt der Rechnung fällig.

Bei Rücktritt der Teilnahme bis 1 Woche vor Kursbeginn wird die Hälfte der o. g. Teilnahmegebühr fällig. Bei Absage zu einem späteren Zeitpunkt wird die komplette Teilnahmegebühr erhoben. Alternativ kann gerne eine Ersatzperson gestellt werden.

Die Kursleitung ist berechtigt, den Kurs aus wichtigem Grund oder bei zu geringer Teilnehmerzahl – gegen Erstattung bereits gezahlter Kosten – abzusagen.

Beigefügt erhalten Sie auch einen kurzen **Fragebogen**. Bitte senden Sie mir das Formular ausgefüllt **vor Kursbeginn** per E-Mail oder Post zurück, um gegebenenfalls noch z. B. gesundheitliche Besonderheiten abzuklären.

Nach Eingang der Anmeldung erhalten Sie eine verbindliche Anmeldebestätigung.

Ort / Datum

Unterschrift

Hinweis:

Dieser Kurs ist von der "Zentralen Prüfstelle für Prävention" zertifiziert und wird daher von vielen Krankenkassen bezuschusst. Eine regelmäßige Teilnahme (mindestens 80 % Anwesenheit) ist Voraussetzung für die Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung. Für die Höhe des Zuschusses erkundigen Sie sich bitte vorab bei Ihrer Krankenkasse.

Vielen Dank für Ihre Anmeldung.

Fragebogen zur Person



Liebe/r Teilnehmer/in,

schön, dass Sie etwas für Ihr Wohlbefinden tun wollen und sich für diesen Kurs entschieden haben!

Bitte machen Sie mir noch kurz einige Angaben zu Ihrer Person. Diese Informationen helfen mir, den Kurs besser auf Ihre persönliche Situation anzupassen und ggfls. noch gesundheitliche Besonderheiten abzuklären. Ihre Daten werden von mir vertraulich behandelt und an niemanden weitergereicht. Danke für Ihre Offenheit.

Name: _____

Beruf / Ausbildung / Sonstiges: _____

Weshalb interessieren Sie sich für diesen Kurs?

Haben Sie Beschwerden/Einschränkungen (körperlich, seelisch), die Sie zur Teilnahme bewegen?

Sind Sie aufgrund von Beschwerden in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung?

Ja. Nein. Wenn ja, weshalb:

Nehmen Sie Medikamente?

Ja. Nein. Wenn ja, welche:

Welche persönlichen Ziele möchten Sie in diesem Kurs erreichen?

BESTÄTIGUNG

Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass dieser Kurs keine ärztliche oder psychotherapeutische Behandlung ersetzen kann und dass ich im Falle einer bestehenden Behandlung die Teilnahme an diesem Kurs mit dem entsprechenden, behandelnden Arzt bzw. Psychotherapeuten abgeklärt habe.

Ort / Datum

Unterschrift