

Teilnahmevereinbarung und Fragebogen

MBSR Kurs Otterberg 06.02. - 03.04.2025

Dr. med. Ulrike Schlicht
Kursleiterin

mobil 0160/95955937
ulrike.schlicht@web.de

_____ Vorname Nachname

_____ Straße, Hausnummer

_____ PLZ, Ort

_____ Telefon

_____ Geburtsdatum

_____ e-mail Adresse

Liebe Kursteilnehmer/innen,

bitte füllen Sie den Fragebogen auf Seite 2 aus.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt und nach dem Kurs vernichtet.

Möchten Sie etwas lieber nicht notieren - so sprechen Sie mich gern persönlich an. Fällt Ihnen noch etwas Wichtiges ein, sprechen Sie mich ebenfalls im Kursverlauf gern darauf an.

Vielen Dank!

Haben Sie schon Erfahrungen mit Entspannung, Körperarbeit und Meditation?

Wenn ja, mit welchen Methoden und wie lange schon praktizieren Sie diese Methoden?

Leiden Sie unter körperlichen Beschwerden wie z.B. Asthma, chron. oder akuten Schmerzen, einer Herzkrankheit, Panikattacken ...?

Befinden Sie sich deswegen aktuell in ärztlicher oder psychotherapeutischer Behandlung? Bitte fügen Sie auch Ihren Medikamentenplan bei.

Wenn Sie sich in einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung befinden, teilen Sie ihrem Arzt oder Therapeuten bitte mit, daß Sie einen MBSR Kurs besuchen.

Datum und Unterschrift