ANMELDEBOGEN ATEMRIESE  
  
ATEMREISE AM IN

Vorname: Geburtsdatum:

Name: E-Mail:

Telefon:

2. Hast du Erfahrungen mit Selbsterfahrungsseminaren oder eigene Therapieerfahrungen? Welche?

3. Hattest du in deiner Vergangenheit folgende Erkrankungen? Oder hast du aktuell folgende Diagnose(n)? :

HINWEIS: Die ATEMREISE ist kein therapeutisches Angebot und ersetzt keine therapeutische und ärztliche Behandlung. Die Atemreise ist nicht für Schwangere geeignet. Diese Methode ist weiterhin nicht geeignet für Personen mit Herz Kreislauf-Problemen, ernsthaftem Bluthochdruck, manchen psychiatrisch diagnostizierten Zuständen, kürzlichen Operationen oder Brüchen, akuten Infektionen oder Epilepsie, oder die sich in einer spirituellen Krise befinden. Es kann sein, dass dramatische Erfahrungen auftauchen, die von emotionaler und körperlicher Katharsis begleitet werden. Wenn du Zweifel hast, ob du daran teilnehmen solltest, dann ist es sehr wichtig, dass vorher anzusprechen und abzuklären. Die Antworten werden absolut vertraulich behandelt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ja | nein |
| Kardiovaskuläre Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen) - inkl. Herzinfarkt, kardiovaskuläre Operationen oder Symptome, wie z.B. Schwindel, Zittern, Übelkeit) |  |  |
| Bluthochdruck |  |  |
| Schlaganfall oder andere neurologische Krankheiten |  |  |
| Psychiatrische Erkrankung Akute körperliche Verletzungen (auch Verrenkungen), z.B. Knochenbrüche, noch nicht verheilte Wunden, kürzliche Operationen... derzeitige oder chronische Infektion - oder ansteckende Erkrankung (z.B. akute Infektionen oder Erkältung) |  |  |
| Erkrankungen am Auge (z.B. Glaukom oder Netzhautablösung |  |  |
| Epilepsie |  |  |
| Osteoporose |  |  |
| Asthma (wenn ja, bitte bring dein Spray mit) |  |  |
| Bist du aktuell schwanger? |  |  |
| Warst du jemals in einer Psychiatrie? Bist du momentan in Therapie oder Teil einer Selbsthilfegruppe? Warst du in den letzten zwanzig Jahren wegen einer ernsthaften medizinischen Problematik im Krankenhaus? |  |  |
| Nimmst du zur Zeit Medikamente? Bitte unter 6. beschreiben gibt es sonst etwas bezüglich deiner körperlichen oder emotionalen Verfassung, was wir wissen sollten? |  |  |

4. Hast oder hattest du körperliche Krankheiten, psychische Beschwerden oder einen Verdacht darauf (z.B. Psychose, Depression, Trauma), die dich in deinem Leben stark eingeschränkt haben bzw. einschränken? Wenn ja, welche? Das Seminar ist für Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen bzw. Menschen, die Psychopharmaka einnehmen nur in Ausnahmefällen geeignet.

5. Notfall-Kontakt

Name: Telefonnummer:

6. Platz zur freien Verfügung

VEREINBARUNGEN ZUM SEMINAR

1. Diskretion: Alle Teilnehmer verpflichten sich Erlebnisse und persönliche Informationen anderer Teilnehmer nicht an Dritte weiterzugeben.
2. Eigenverantwortung: Alle Teilnehmer verpflichten sich bei Schwierigkeiten mit anderen Teilnehmern, mit Seminarleitern, mit Übungen oder mit ihren Erlebnissen, ebenso wie in Situationen, bei denen für sie eine Grenze erreicht ist, ihre Verantwortung wahrzunehmen, d.h. nichts mitzumachen, was ihnen widerstrebt, sondern sich damit klar mitzuteilen, oder sich von einem Leiter Unterstützung zu holen.
3. Umgang: Keine Gewalt gegen sich selbst, andere oder Gegenstände und Inventar. Das Wort „Stopp!“ kann jeder benutzen, um eine Partnerübung oder eine Situation mit einem Gegenüber zuverlässig zu unterbrechen.
4. bewusstseinsverändernde Substanzen: Alle Teilnehmer verpflichten sich, während dem Seminar keine bewusstseinsverändernden Substanzen(inkl. Alkohol) zu sich zu nehmen. Wir empfehlen auch eine Woche vor und eine Woche nach dem Seminar einzuhalten.

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

1. Hiermit stimme ich den beschriebenen Vereinbarungen zum Seminar a-d zu und werde mich an diese halten.

2. Ich bestätige mit der Anmeldung, dass ich alle Anmeldeinformation gelesen und verstanden habe, und alle Fragen ehrlich und vollständig beantwortet habe. Ich habe keine Information zurückgehalten. Meines Wissens ist mein allgemeiner Gesundheitszustand gut und ich bestätige mit meiner Anmeldung, dass ich in normalem Maß körperlich und psychisch belastbar bin.

Ich spreche vor der Anmeldung mit den Leitern und mit meinem Arzt/Therapeuten, falls ich starke körperliche Probleme (wie z.B. Herzkrankheiten, Epilepsie...) oder eine ansteckende Krankheit habe, wenn ich regelmäßig Medikamente einnehme und/oder mich in Therapie befinde und/oder eine psychische Krankheit oder ein Verdacht darauf (z.B. Psychose, Depression, Trauma...) besteht und kontaktiere nach dem Seminar anschließend meinen Arzt/ Therapeuten.

Mir ist klar, dass das Seminar keine medizinische Heilbehandlung oder Psychotherapie (Therapie im psychotherapeutischen oder klinischen Sinne) ist und eine solche auch nicht ersetzt. Ich nehme keine Psychopharmaka oder bin in psychiatrischer Behandlung. Das Seminar ist nicht für Schwangere geeignet. Ich übernehme für mein Handeln während des Seminars die volle Verantwortung.

3. Mir ist bewusst, dass es sich um ein Intensivseminar handelt. Ich habe alle Hinweise zum Seminar gelesen und bin einverstanden.

4. Durch meine Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten (Name, Email, Telefonnummer) an die Seminarteilnehmenden, Seminarleiter weitergegeben werden (sofern du dies nicht wünschst, teile uns dies schriftlich mit).

VOR und NACHNAHME in DRUCKSCHRIFT:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Unterschrift

ESSEN Bitte iss vor dem Atmen nichts Schweres empfehlenswert ist leichte Kost bzw. auch wenig vorher zu sich zu nehmen. Außerdem solltest du mindestens eine Stunde vor dem Atmen nichts mehr essen.

Bringe bitte deine eigene Verpflegung (Mittag / Abendbrot) während des Seminars mit. Tee und Kaffee werden bereitgestellt.

ABLAUF ATEMREISE SAMSTAG 10.00 - 12.30 Uhr Seminarzeit 12.30 bis 13.00 Uhr Pause 13.00 - 16.00 Uhr ATEMPROZESS 16.00 bis 16.30 Uhr Pause 16.30 - 19.30 Uhr ATEMPROZESS 19.30 bis 20.00 Uhr Pause 20.00 - 21.00 Uhr Seminarzeit mit Abschluss SONNTAG 9.00 - 11.00 Uhr Seminarzeit 11.00 bis 11.30 Uhr Pause 11.30 - 14.30 Uhr ATEMPROZESS 14.30 bis 15.00 Uhr Pause 15.00 - 18.00 Uhr ATEMPROZESS 18.00 bis 18.15 Uhr Pause 18.15 - 19.00 Uhr Seminarzeit mit Abschluss

ANMELDEABLAUF

1.Bitte drucke den Anmeldebogen (am besten beidseitig) aus und sende Seiten 1 - 2 ausgefüllt und unterschrieben zurück (abfotografiert oder als Scan oder PDF) an: info@hanneshubmannde . Es ist wichtig, den Original-Anmeldebogen wegen deiner Unterschrift zum Seminar mitzubringen.

2. Nach Durchsicht deines Anmeldebogens erhältst du per Email eine Bestätigung deiner Teilnahme per Email. Du kannst den Seminarbeitrag überweisen oder passend in BAR vor Ort bezahlen:

Überweisung des Seminarbeitrages an: Hannes Hubmann Postbank IBAN: DE18 7001 0080 0659 9738 03 BIC: PBNKDEFFXXX VERWENDUNGSZWECK: Dein Vor- und Nachname, Name & Datum deines Seminars Bei einer Absage, egal zu welchem Zeitpunkt und aus welchen Gründen, behalten wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 30 € ein. Bei einem Rücktritt 2 Wochen vor Seminarbeginn, ist eine Rückerstattung des Seminarbeitrages nur dann möglich, wenn dein Platz durch einen anderen Teilnehmer von der Warteliste besetzt werden kann.

ESSEN Bitte iss vor dem Atmen nichts Schweres empfehlenswert ist leichte Kost bzw. auch wenig vorher zu sich zu nehmen. Außerdem solltest du mindestens eine Stunde vor dem Atmen nichts mehr essen.

Bringe bitte deine eigene Verpflegung (Mittag / Abendbrot) während des Seminars mit. Tee und Kaffee werden bereitgestellt.

ABLAUF ATEMREISE SAMSTAG

10.00 - 12.30 Uhr Seminarzeit

12.30 bis 13.00 Uhr Pause

13.00 - 16.00 Uhr ATEMPROZESS

16.00 bis 16.30 Uhr Pause

16.30 - 19.30 Uhr ATEMPROZESS

19.30 bis 20.00 Uhr Pause

20.00 - 21.00 Uhr Seminarzeit mit Abschluss

ABLAUF ATEMREISE SONNTAG

9.00 - 11.00 Uhr Seminarzeit

11.00 bis 11.30 Uhr Pause

11.30 - 14.30 Uhr ATEMPROZESS

14.30 bis 15.00 Uhr Pause

15.00 - 18.00 Uhr ATEMPROZESS

18.00 bis 18.15 Uhr Pause

18.15 - 19.00 Uhr Seminarzeit mit Abschluss