



Persönliche Haftungserklärung & Gesundheitserklärung

Fuchs & Kuhlmann Workshops: Retreats & Workshops

Wir (Sebastian Fuchs und Dennis Kuhlmann) führen unsere Retreats und Workshops mit größtmöglicher Sorgfalt und nach bestem Wissen und Gewissen durch. Dennoch können wir keine Gewähr für das individuelle gesundheitliche Risiko einzelner Teilnehmer übernehmen. Jede/r Teilnehmer/in ist für die eigene gesundheitliche Einschätzung und Teilnahmefähigkeit selbst verantwortlich. Wir empfehlen ausdrücklich, vor der Teilnahme ärztlichen Rat einzuholen, insbesondere bei bestehenden gesundheitlichen Einschränkungen oder Unsicherheiten. Bitte füllen Sie die beigefügte Gesundheitserklärung vollständig und wahrheitsgemäß aus, damit mögliche Einschränkungen im Vorfeld berücksichtigt werden können.

PERSÖNLICHE HAFTUNGSERKLÄRUNG

"Ich erkläre hiermit, dass ich an den Aktivitäten vom bis
in freiwillig und auf eigene Gefahr
teilnehme.

Ich bin mir der mit den angebotenen Aktivitäten (insbesondere Kälte- und Atemübungen, Bewegung, Meditation etc.) verbundenen körperlichen und psychischen Belastungen bewusst und nehme auf eigenes Risiko teil. Eine Haftung der Veranstalter, ihrer Vertreter oder Erfüllungsgehilfen für Schäden, Verletzungen oder sonstige Beeinträchtigungen, die aus der Teilnahme entstehen, ist ausgeschlossen, sofern kein Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit vorliegt (§ 276 Abs. 3 BGB). Ich bin darüber informiert, dass ich die Übungen jederzeit abbrechen kann und die Verantwortung für meine körperliche und psychische Unversehrtheit selbst trage.



GESUNDHEITSERKLÄRUNG

Fragen zur allgemeinen Gesundheit

1. Sind Sie derzeit gesund? Ja Nein
2. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Erkrankungen?
- Herzkrankheiten Ja Nein
- Schwere Hypertonie Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- Nierenversagen Ja Nein
- Schweres Asthma Ja Nein
- Kürzlich durchgeführte Operationen Ja Nein
- Migräne Ja Nein
- Autoimmunerkrankungen
(wie z.B. Rheuma, MS, Crohn, Diabetes, Asthma) Ja Nein
- wenn ja, welche?
- Sonstige Einschränkungen Ja Nein
- wenn ja, welche?
3. Verwenden Sie derzeit Medikamente für das Herz? Ja Nein
- Wenn ja, welche?
4. Sind Sie gegen bestimmte Substanzen allergisch? Ja Nein
- Wenn ja, welche?.
5. Sind Sie derzeit schwanger oder besteht der Verdacht auf Schwangerschaft?
- Ja Nein
6. Gibt es noch etwas, was deine Coaches wissen sollten? Ja Nein
-
7. Hiermit erkläre ich, dass ich dieses Formular wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.
- Ja Nein



Mir ist bewusst, dass die Teilnahme auf eigene Gefahr erfolgt. Ich habe die Möglichkeit gehabt, medizinische Fragen vorab mit meinem Arzt zu klären.

ICH BESTÄTIGE HIERMIT, DASS ICH DEN OBIGEN TEXT GELESEN UND VOLLSTÄNDIG VERSTANDEN HABE.

Ort / Datum:

Name:

In Notfällen rufen Sie bitte an:

Unterschrift:

----- **Hinweis:** Diese Erklärung dient der gegenseitigen Absicherung und ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder Beratung. Die Veranstalter übernehmen keine medizinische Betreuung.

VERWENDUNG von FOTOS/VIDEOS:

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Workshops Foto- und Videoaufnahmen angefertigt werden dürfen, auf denen ich eventuell zu sehen bin. Diese Aufnahmen dürfen von den Veranstaltern zu Dokumentations-, Werbe- und Informationszwecken (z. B. Website, Social Media, Printmaterialien) verwendet werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann (Art. 7 Abs. 3 DSGVO).

Für den Widerruf genügt eine formlose Mitteilung an:

info@iceawakeining.de

Ja, ich erteile meine Einwilligung.

Nein, ich erteile keine Einwilligung.

ICH BESTÄTIGE HIERMIT, DASS ICH DEN OBIGEN TEXT GELESEN UND VOLLSTÄNDIG VERSTANDEN HABE.

Ort / Datum:

Name:

Unterschrift: