



# ENVISIONING & REBIRTHING BREATHWORK

## TEILNEHMERINFORMATIONSBOGEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Besetzung: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt Name: \_\_\_\_\_

Notfallkontakt Telefon: \_\_\_\_\_

1. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?  ja  nein

Bitte angeben: \_\_\_\_\_

2. Nehmen Sie derzeit irgendwelche Nahrungsergänzungsmittel?  ja  nein

Bitte angeben: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie eine chronische Krankheit?  ja  nein

Bitte spezifizieren Sie: \_\_\_\_\_

Bitte führen Sie die Symptome auf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Behandlung: \_\_\_\_\_

Nachbehandlung: \_\_\_\_\_

4. Haben Sie derzeit gesundheitliche Probleme?  ja  nein

Bitte spezifizieren Sie: \_\_\_\_\_

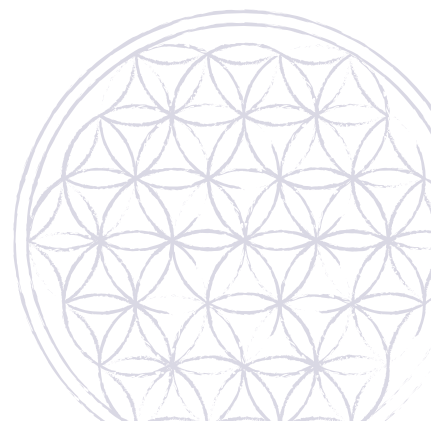
Bitte führen Sie die Symptome auf: \_\_\_\_\_

Aktuelle Behandlung: \_\_\_\_\_

Vergangene Behandlung: \_\_\_\_\_

5. Haben Sie irgendwelche Ängste oder Phobien?  ja  nein

Bitte angeben: \_\_\_\_\_





ENVISIONING  
&  
REBIRTHING BREATHWORK

6. Leiden Sie oder litten Sie in der Vergangenheit an einer psychischen Störung?  ja  nein

Wenn ja, welcher Typ? \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie derzeit Medikamente gegen eine psychiatrische Störung ein?  ja  nein

Medizin und Dosis: \_\_\_\_\_

Medikamentengrund: \_\_\_\_\_

8. Wurden bei Ihnen Anfälle oder Epilepsie diagnostiziert?  ja  nein

Wenn ja, nehmen Sie Medikamente ein? \_\_\_\_\_

9. Verwenden Sie Stimulanzien und/oder Medikamente?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

10. Trinken Sie Alkohol?  ja  nein

Frequenz? \_\_\_\_\_

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

11. Haben Sie eine Drogen- oder Alkoholabhängigkeit?  ja  nein

Bitte angeben: \_\_\_\_\_

12. Hatten Sie kürzlich eine Operation oder Operation?  ja  nein

Wenn ja, welche Art von Operation und wann?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

13. Haben Sie ein Herz-Kreislaufproblem?  ja  nein

Bitte angeben: \_\_\_\_\_

14. Gibt es etwas an Ihrem Körper oder einen mentalen Zustand, von dem Sie denken, dass ich ihn kennen sollte?  ja  nein

Falls ja, bitte spezifizieren: \_\_\_\_\_

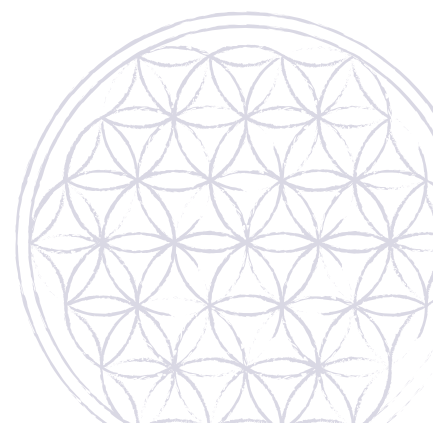
15. Haben Sie bereits Atem- oder Rebirthing-Erfahrungen?  ja  nein

Falls ja, ...

welche Methode? \_\_\_\_\_

bei wem und wo? \_\_\_\_\_

wann? \_\_\_\_\_





ENVISIONING  
&  
REBIRTHING BREATHWORK

Mit welchem Erfolg/  
Ergebnis? \_\_\_\_\_

16. Sind Sie über den Sinn der ersten 10 – 12 Rebirthing-  
Erfahrungen informiert?  ja  nein

17. Haben Sie eher negative oder eher positive Gedanken über das Atmen im Allgemeinen?

☹️ ☹️ 😊 😊 😊  
negativ      positiv

18. Welche Erwartungen, welches Ziel verfolgen Sie mit der Rebirthing-Methode?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

19. Haben Sie derzeit Probleme, Einschränkungen mit (in)  
Ihrem Körper?  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Sind Sie derzeit in ärztlicher, homöopathischer, therapeutische  
oder psychiatrischer Behandlung?  ja  nein

Wenn ja, in welcher? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weshalb? \_\_\_\_\_

Was ich noch mitteilen möchte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich, dass ich das oben genannte Teilnehmerformular korrekt und  
wahrheitsgemäß ausgefüllt habe. Wenn sich Informationen in diesem Teilnehmerformular  
ändern, benachrichtige ich meinen Anbieter, bevor ich erneut teilnehme.

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers

