

Anmeldeformular

Ich nehme an der Visionssuche vom 18. – 30. Mai 2024 im Muotatal teil.

Name und Vorname:.....

Adresse:.....

Wohnort/Land:.....

Tel. privat:..... Mobil:.....

E-Mail:.....

Beruf:..... Geburtsdatum:.....

Selbsteinschätzung – bitte Betrag (CHF/EUR 800.- bis 1350.-) angeben. Dazu kommen Kosten von ca. 480.- CHF/EUR für Transport, Geländenutzung, Unterkunft und Verpflegung. Für die Zeit der Vor- und Nachbereitung steht eine einfache Alphütte ohne Strom und Warmwasser zur Verfügung. Je nach Zahl der Anmeldungen schlafen die Teilnehmenden im eigenen Zelt.

Absichtserklärung

Bitte lege der Anmeldung eine kurze schriftliche Erklärung bei, warum du an der Visionssuche teilnehmen willst. Schildere darin deine gegenwärtige Lebenssituation. Du kannst dich dabei von den folgenden Fragen leiten lassen:

- Wie ist deine Familien-, Wohn-, Arbeits-, ev. Ausbildungssituation?
- Wo stehst du gerade im Leben? Wer bist du geworden?
- Welche Stärken und Schwächen gehören zu deiner Persönlichkeit
- Was möchtest du klären, ev. loslassen oder bestärken?
- Was bringt dich dazu, vier Tage und vier Nächte alleine und fastend in der Natur zu verbringen?

Die Absichtserklärung sollte maximal zwei A4-Seiten umfassen.

Teilnahmebedingungen

Die Anmeldung wird mit einer Anzahlung von CHF/EUR 250.- verbindlich. Der restliche Seminarbeitrag ist bis drei Wochen vor Seminarbeginn zu überweisen. Beides auf das Konto von Peter Zobrist: IBAN CH45 8087 5000 0011 1930 1 BIC/Swift-Code RAIFCH22. Den Betrag für Unterkunft, Verpflegung und Geländenutzung bitte bar mitbringen.

Bei Rücktritt bis 6 Wochen vor Beginn der Visionssuche behalten wir eine Stornogebühr von CHF/EUR 40.-. Bei einer Abmeldung bis vier Wochen vor der Visionssuche verfällt die Anzahlung. Bei späterer Abmeldung ist die gesamte Kursgebühr fällig, sofern nicht Ersatz gefunden werden kann.

Die Teilnahme an der Visionssuche erfolgt auf eigene Verantwortung. Die Visionssuche ist kein Ersatz für eine medizinische oder psychotherapeutische Behandlung. Falls du dich in einer solchen Behandlung befindest, besprich die Teilnahme am Ritual bitte mit der behandelnden Person und setze uns davon mit dem ausgefüllten Gesundheitsfragebogen in Kenntnis.

Sobald deine Anzahlung bei uns eingetroffen ist, schicken wir dir eine Anmeldebestätigung, Informationen zur Vorbereitung auf die Visionssuche und eine Ausrüstungsliste. Kurz vor Beginn der Visionssuche bekommst du Informationen zur Anreise und eine Liste der Teilnehmenden.

Ich bestätige, dass ich mit den obigen Teilnahmebedingungen einverstanden bin.

Ort/Datum
und Unterschrift:.....

Bitte Anmeldung, Absichtserklärung und ausgefüllten Gesundheits-Fragebogen einsenden an:
Peter Zobrist, Gitzigraben, 3415 Schafhausen i.E., Schweiz

Fragebogen zur Gesundheit

Die Fragen dienen der Sicherheit der Teilnehmenden. Das Fasten über mehrere Tage und die viertägige Solozeit kann als Belastung erfahren werden. Bei Unklarheiten nimm bitte mit der Leitung der Visionssuche Kontakt auf.

Gibt es Allergien, die zu beachten sind?

Ja/Nein

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Wespenstiche | <input type="radio"/> Bienenstiche |
| <input type="radio"/> Antibiotika | <input type="radio"/> Penicillin |
| <input type="radio"/> Andere Allergien (bitte auflisten) | |

.....

.....

Gibt es Unverträglichkeiten gegen Lebensmittel?

Ja/Nein

Wenn ja: welche?.....

.....

Gibt es Krankheiten, die zu beachten sind?

Ja/Nein

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Herz und Kreislauf | <input type="radio"/> Diabetes |
| <input type="radio"/> Epilepsie | <input type="radio"/> Lunge und Atemwege |
| <input type="radio"/> Essstörungen | <input type="radio"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Sonstige (bitte auflisten): | |

Nähere Angaben:.....

.....

Nimmst du regelmässig Medikamente?

Ja/Nein

Wenn ja: welche, wofür und wie lange?.....

.....

Bitte kläre mit der behandelnden Person, wie die Medikamente mit Fasten zu vereinbaren sind und ob sie für vier Tage ausgesetzt werden dürfen.

Gab es einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik?

Ja/Nein

Wenn ja: wann und warum?.....

.....

Gab es Drogenerfahrungen oder eine Suchtproblematik?

Ja/Nein

Wenn ja: welche und wie lange?.....

.....

Arzt und Versicherungen:

Behandelnder Arzt / Hausarzt:.....

Adresse/Telefon:.....

Krankenkasse / Unfallversicherung:.....

Versicherungsnummer:.....