

**Name:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Erfordert es der Beruf viel zu sprechen □Ja/ □Nein

Bitte geben Sie noch weiter Details an, falls notwendig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Bitte Antworten einkreisen:*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sind Sie während des Tages gestresst?** | **Nie** | **Manchmal** | **Häufig** | **Sehr Häufig** |
| **Haben Sie häufig kalte Hände oder Füße?** | **Nie** | **Manchmal** | **Häufig** | **Sehr Häufig** |
| **Bemerken Sie häufiges gähnen?** | **Nie** | **Manchmal** | **Häufig** | **Sehr Häufig** |
| **Atmen Sie in der Nacht durch die Mund?** **(Wachen Sie mit einem trockenen Mund auf?)** | **Nie** | **Manchmal** | **Häufig** | **Sehr Häufig** |
| **Wie hoch ist ihr BOLT- Wert? Atmen Sie durch die Nase aus, halten Sie die Nase mit Ihren Fingern zu und zählen Sie wie viele Sekunden es dauert bis Sie den ersten, eindeutigen Drang zum Atmen verspüren. (Unwillkürliche Bewegungen des Zwerchfells, Schluckbewegung,…)** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie viele Stunden Sport betreiben Sie pro Woche? | Weniger als 1 Stunde | 1-2h | 2-3h | 3-4h  | 4-5h  | 5-6h | 6-7h | 7 oder mehr |

**Bitte geben Sie die Stärker der unten angeführten Symptome an**

 **1 = leicht/ kaum, 2 = mittel, 3 = Schwer/ stark**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beschwerde**  | **1** | **2** | **3** |  | **Beschwerde** | **1** | **2** | **3** |
| husten  |  |  |  |  | übermäßiges schwitzen |  |  |  |
| Schnaufen/ keuchen |  |  |  |  | Hoch empfundener Stress |  |  |  |
| Anstrengungsasthma |  |  |  |  | Reizdarmsyndrom / RDS |  |  |  |
| Häufige Erkältungen |  |  |  |  | Muskelschmerzen |  |  |  |
| Kurzatmigkeit  |  |  |  |  | Müdigkeit |  |  |  |
| Häufiges seufzen |  |  |  |  | Insomnie/ Schlafstörung |  |  |  |
| Häufiges gähnen |  |  |  |  | Konzentrationsschwäche |  |  |  |
| Schlafapnoe |  |  |  |  | Panikattacken |  |  |  |
| Schnarchen |  |  |  |  | Kopfschmerzen |  |  |  |
| Schmerzen im unteren Rücken |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Nijmegen Fragebogen**

**Bitte kreuzen Sie die unten angeführten Symptome je nach Schweregrad an**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Beschwerde**  |  **Nie** **0** | **selten 1** | **manchmal****2** | **häufig 3** | **Sehr häufig****4** |  | **Beschwerde** | **Nie** **0** | **selten 1** | **manchmal****2** | **häufig** **3** | **Sehr häufig****4** |
| Schmerzen in der Brustwand |  |  |  |  |  |  | Blähbauch  |  |  |  |  |  |
| Anspannungsgefühl |  |  |  |  |  |  | Kribbelnde Finger |  |  |  |  |  |
| Verschwommene Sicht |  |  |  |  |  |  | Nicht tief atmen können  |  |  |  |  |  |
| Schwindelanfälle |  |  |  |  |  |  | Steife Finger oder Arme |  |  |  |  |  |
| Verwirrung, Realitätsverlust |  |  |  |  |  |  | Steifheit rund um den Mund |  |  |  |  |  |
| Schnelle oder tiefe Atmung |  |  |  |  |  |  | Kalte Hände oder Füße |  |  |  |  |  |
| Kurzatmigkeit |  |  |  |  |  |  | Herzklopfen |  |  |  |  |  |
| Engegefühl in der Brust |  |  |  |  |  |  | Angstgefühl |  |  |  |  |  |
| **Gesamt**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(Ein Wert von mehr als 23 von 64 deutet auf ein das Hyperventilationssyndrom hin)

Bitte geben Sie weitere auftretenden Symptome/ Zustände an:

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

**Wie haben Sie über diesen Kurs erfahren: (Bitte einkreise)**

* Social Media
* Freunden
* OxygenAdvantage.com
* Internet Recherche
* Radio
* Gesundheitspraktikerin/ Gesundheitspraktiker
* Andere

**Freistellung von Ansprüchen, Risikoübernahme und Entschädigung**

**\*Firmenname\*
\*Anm. d Übers.: Für den leichteren Lesefluss wird hier nur die männliche Form dargestellt, selbstverständlich sind auch Ärztinnen, Kursleiterinnen und Anwältinnen gleichermaßen gemeint.
Adaptieren Sie dieses Eintrittsformular für Ihre Personengruppe und nehmen Sie bei Rechtsfragen ggf. Leistungen von einer rechtsberatenden Stelle in Ihrem Land in Anspruch.**

**Mit der Unterzeichnung dieses Formulars stimmen Sie bestimmten Einschränkungen Ihrer gesetzlichen Rechte zu. Bitte lesen Sie die folgenden Punkte sorgfältig durch, bevor Sie unterschreiben. Für rechtliche Auskünfte kontaktieren Sie vor der Unterzeichnung Ihren eigenen Anwalt.**

Ich bin mir bewusst, dass der Kursleiter, kein Arzt ist und sich nicht mit der Verschreibung von Medikamenten auskennt. Alle Ratschläge und Aktivitäten die während des Kurses präsentiert, demonstriert oder empfohlen werden, sind in keiner Weise als Ersatz für eine ärztliche Beratung gedacht und sollten nicht die Beratung eines Arzt ersetzten oder beeinträchtigen.

Sollte ich zu irgendeinem Zeitpunkt während dieses Kurses Bedenken bezüglich meiner Gesundheit oder meines Wohlbefindens haben, verpflichte ich mich, den Kursleiter sofort zu informieren. Ich nehme zur Kenntnis, dass ich den Kurs jederzeit verlassen kann. Wenn ich während des Kurses oder zu irgendeinem Zeitpunkt nach dem Kurs das Bedürfnis nach medizinischer oder anderweitiger Hilfe habe, übernehme ich die volle Verantwortung, dass ich eine angemessene Hilfeleistung in Anspruch nehme.

Ich verstehe, dass ich den Kursleiter über meine mögliche Schwangerschaft informieren muss, obgleich welcher Schwangerschaftswoche. Sollte ich schwanger werden oder glauben, dass ich schwanger sein könnte, nachdem ich den Kurs besucht habe, stimme ich zu, alle Übungen sofort zu beenden und meinen Kursleiter zu informieren, damit er mich über das weitere Vorgehen beraten kann.

Ich bestätige hiermit, dass ich diesen Haftungsausschluss sorgfältig gelesen und im vollem Umfang verstanden habe und dass es sich um eine Haftungsfreistellung handelt. Ich stimme hiermit ausdrücklich zu, meinen Kursleiter und/oder jeden, der mit dem Oxygen Research Institute Ltd. (einschließlich seiner Mitarbeiter, Direktoren und/oder des Managements) von jeglichen Ansprüchen oder Klagegründen zu befreien und erkläre mich damit einverstanden, auf jegliches Recht zu verzichten, das ich andernfalls haben könnte, eine Klage gegen die genannten Personen wegen Personen- und/oder Sachschäden zu erheben.

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

Name des Teilnehmers/ der Teilnehmerin\* Unterschrift Datum

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

Name des Kursleiters Unterschrift Datum

\*Bei minderjährigen Kursteilnehmer/ Kursteilnehmerinnen ist die Unterschrift eines Elternteils erforderlich