

## Health Questionnaire for Retreat Participants

In order to provide the safest and most personalized environment at the retreat, please complete the following health questionnaire. The information provided will remain confidential and will be used only to help you make the most of your experience.

### 1. Personal Information:

- Name:
- Age:
- Email:

### 2. Medical History:

- Have you been diagnosed with any chronic conditions (e.g., diabetes, high blood pressure, cardiovascular diseases, respiratory issues, etc.)?  
Yes / No  
If yes, please specify:
- Have you ever had cancer or any other oncological conditions?  
Yes / No  
If yes, please specify:
- Do you have a pacemaker or similar devices implanted?  
Yes / No
- Do you have any metal implants (e.g., rods, prostheses, plates, screws, etc.)?  
Yes / No  
If yes, please specify the type of implants:
- Do you have mobility issues or physical difficulties that may require additional assistance?  
Yes / No  
If yes, please provide details:
- Are you following a special diet (e.g., diabetic, cardiovascular disease diet, etc.)?  
Yes / No  
If yes, please specify:

### 3. Food Allergies and Intolerances:

- Do you have any food allergies?  
Yes / No  
If yes, please specify:
- Do you have any food intolerances (e.g., lactose, gluten, fructose, etc.)?  
Yes / No  
If yes, please specify:

### 4. Medication:

- Are you currently taking any medication?  
Yes / No  
If yes, please list the medications, including supplements or vitamins:
- Do you need specific medication in case of a medical emergency (e.g., an epi-pen for severe allergies)?  
Yes / No  
If yes, please specify:

### **5. Surgical Procedures:**

- Have you had any surgical procedures in the past 2 years?  
Yes / No  
If yes, please list the type of procedures and dates:

### **6. Other Relevant Information:**

- Do you have any health conditions that may require special measures or affect your participation in retreat activities?  
Yes / No  
If yes, please specify:

### **7. Terms and Conditions:**

- Do you confirm that the information provided is accurate and complete, and that you will notify the retreat team in case of any changes in your health condition?

Date:

Signature

## **Gesundheitsfragebogen für Retreat-Teilnehmer**

Um eine sichere und personalisierte Umgebung im Retreat zu gewährleisten, bitten wir dich, den folgenden Gesundheitsfragebogen auszufüllen. Die bereitgestellten Informationen bleiben vertraulich und werden nur verwendet, um dir zu helfen, das Beste aus deiner Erfahrung zu machen.

### **1. Persönliche Informationen:**

- Name:
- Alter:
- E-Mail:

### **2. Medizinische Vorgeschichte:**

- Wurdest du mit einer chronischen Krankheit diagnostiziert (z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Atemwegserkrankungen, etc.)?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:
- Hattest du jemals Krebs oder andere onkologische Erkrankungen?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:
- Hast du einen Herzschrittmacher oder ähnliche Geräte implantiert?  
Ja / Nein
- Hast du Metallimplantate (z. B. Stäbe, Prothesen, Platten, Schrauben, etc.)?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte den Typ der Implantate angeben:
- Hast du Mobilitätsprobleme oder körperliche Einschränkungen, die zusätzliche Unterstützung erfordern könnten?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte Details angeben:
- Folgst du einer speziellen Diät (z. B. Diabetikerdiät, Diät bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, etc.)?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:

### **3. Nahrungsmittelallergien und -unverträglichkeiten:**

- Hast du Nahrungsmittelallergien?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:
- Hast du Nahrungsmittelunverträglichkeiten (z. B. Laktose, Gluten, Fruktose, etc.)?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:

### **4. Medikamente:**

- Nimmst du derzeit Medikamente?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte die Medikamente angeben, einschließlich Nahrungsergänzungsmittel oder Vitamine:
- Benötigst du spezielle Medikamente im Falle eines medizinischen Notfalls (z. B. ein EpiPen für schwere Allergien)?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:

### **5. Chirurgische Eingriffe:**

- Hattest du in den letzten 2 Jahren chirurgische Eingriffe?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte die Art der Eingriffe und Daten angeben:

### **6. Weitere relevante Informationen:**

- Hast du gesundheitliche Probleme, die besondere Maßnahmen erfordern oder deine Teilnahme an den Retreat-Aktivitäten beeinträchtigen könnten?  
Ja / Nein  
Falls ja, bitte angeben:

### **7. Bedingungen:**

- Bestätigst du, dass die angegebenen Informationen korrekt und vollständig sind und dass du das Retreat-Team im Falle von Änderungen deiner gesundheitlichen Verfassung benachrichtigen wirst?

Unterschrift

Datum: