

Rückantwort per Mail, Brief oder Fax

Dr. Ida Rolf Institute® Europe  
c/o European Rolwing® Association e.V.  
Saarstraße 5  
80797 München  
Email: [modelle@rolfing.org](mailto:modelle@rolfing.org)

## Anmeldeformular Modell / Registration Form Termine Rolwing 10er-Serie

Hiermit melde ich mich verbindlich als Modell zu folgenden Rolwing-Sitzungen an.  
Preis für die 10er-Serie als Modell 350€.  
(Ermäßigung für Studenten/Azubis/Arbeitslose und Rentner mit Nachweis auf Anfrage!)

1.  
Wahl

Ersatztermin

Studentenmodell **Gruppe A**  
**Termine werktags um 14 Uhr,**  
**sonntags um 13.30 Uhr**

Studentenmodell **Gruppe B**  
**Termine werktags um 16 Uhr,**  
**sonntags um 10.30 Uhr**

**Behandlungstage**  
**Gruppe A und B**  
**siehe unterschiedliche Uhrzeiten!**

Fr 13.09.24, So 15.09.,  
Fr 18.10., So 20.10.,  
Mi 20.11., So 24.11.,  
Fr 17.01.25, So 19.01.,  
Do 27.02. und Sa 01.03.25

**Ich komme zum Kick-Off-Abend am Donnerstag, 12.09.2024 von 19 - ca. 20.15 Uhr**

Mit der Nutzung dieses Formulars erkläre ich mich mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die European Rolwing Association e.V. einverstanden.  
Nähere Angaben zum Datenschutz finde ich unter:  
[www.rolfing.org/de/datenschutzerklaerung](http://www.rolfing.org/de/datenschutzerklaerung)

**Bitte beachten Sie:** Diese Anmeldung ist nur gültig in Verbindung mit dem ausgefüllten Gesundheitsfragebogen! Bitte generieren Sie die angebotene digitale Signatur und speichern diese auf Ihrem Rechner. Vielen Dank!

Ort, Datum

Unterschrift

## Gesundheitsfragebogen

Bitte senden Sie dieses Gesundheitsformular ausgefüllt an das **Dr. Ida Rolf Institute® Europe**  
Für jede Buchung muss ein neues Formular ausgefüllt werden, da dies gesetzlich vorgeschrieben ist. Wir versichern Ihnen, dass die angegebenen Daten nur intern verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Name: \_\_\_\_\_ Straße /PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Haben Sie schon einmal Rolfing®-Behandlungen erhalten?

Wenn ja, geben Sie bitte Einzelheiten über den Behandler, die Daten und die Anzahl der Sitzungen an.

Leiden Sie derzeit unter chronischen oder akuten Schmerzen?

Tragen Sie Kontaktlinsen, Zahnersatz oder eine Zahnbrücke?

Haben Sie sich in der Vergangenheit einer Psychotherapie oder einer anderen Art von Therapie/Körperarbeit unterzogen? Wenn ja, geben Sie bitte die Art und Dauer an.

Welche Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten eingenommen, und gegen welche Beschwerden?

Wurden Sie in der Vergangenheit operiert oder hatten Sie Frakturen?

Welche schwere Krankheit hatten Sie in den letzten 8 Monaten?

Bitte geben Sie an, ob Sie eine der folgenden Krankheiten haben oder hatten:

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzleiden  | <input type="checkbox"/> Osteoporose                  | <input type="checkbox"/> Knochenmarksentzündung      |
| <input type="checkbox"/> Krebs       | <input type="checkbox"/> Venenentzündung              | <input type="checkbox"/> hoher / niedriger Blutdruck |
| <input type="checkbox"/> Bluter      | <input type="checkbox"/> Gelenkleiden                 | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenprobleme        |
| <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Krämpfe                      | <input type="checkbox"/> Sonstiges                   |
| <input type="checkbox"/> Diabetis    | <input type="checkbox"/> Bandscheiben-<br>beschwerden |  |

Welchen sportlichen Aktivitäten gehen Sie regelmäßig nach?

**Für Frauen** (wegen der Arbeit im Bauchbereich):

- |   |    |      |
|---|----|------|
| Verwenden Sie eine Spirale zur Empfängnisverhütung? | ja | nein |
| Sind Sie derzeit schwanger?                         | ja | nein |

**Sprechen Sie noch andere Sprachen?** (Viele unserer Studenten sind fremdsprachig!)

Wenn ja, stufen Sie bitte Ihre Sprachkenntnisse von 1 (fließend) bis 3 (mittel) ein

Wie sind Sie auf die Rolwing® Sitzungen aufmerksam geworden?

- |          |               |   |
|----------|---------------|---|
| Internet | Freunde       | <input type="checkbox"/> Mein Name ist in ihrer Datenbank       |
| Flyer    | Anzeige – wo? | <input type="checkbox"/> Soziale Medien (Facebook, Instagram..) |

## Erklärung

Ich bin mir bewusst, dass Rolwing®-Sitzungen kein Ersatz für eine medizinische Behandlung sind.

Ich nehme zur Kenntnis, dass während der Rolwing®-Sitzungen aus rechtlichen Gründen keine Diagnose oder Behandlung von Krankheiten, körperlichen Verletzungen oder Schmerzen erfolgt.

Ich erwarte daher auch keinen heilenden Einfluss auf bestehende Erkrankungen.

Mir ist bekannt, dass ich bei Bedarf jederzeit ärztlichen Rat einholen kann.

Ich leide nicht an Abhängigkeiten oder Krankheiten, die eine Gefahr für mich oder andere darstellen könnten, und befinde mich nicht in psychiatrischer Behandlung.

---

Datum, Ort und Unterschrift

Bitte senden Sie den ausgefüllten Gesundheitsfragebogen zurück an

or via fax or email to

Dr Ida Rolf Institute® Europe  
c/o European ROLFING® Association e.V.  
Saarstr. 5 / 80797 München

Email: [modelle@rolfing.org](mailto:modelle@rolfing.org)  
Fax: 089/543 709 42

## Fragebogen zur Gesundheit

Um sicherzustellen, dass wir Ihre Sitzungen so effektiv wie möglich gestalten können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen umgehend nach Erhalt auszufüllen und an das Dr. Ida Rolf Institute® Europe zurückzusenden.

Ihre Teilnahme ist völlig freiwillig. Gemäß den gesetzlichen Bestimmungen muss das Formular für jede Buchung neu ausgefüllt werden. Wir versichern Ihnen, dass die von Ihnen gemachten Angaben ausschließlich für interne Zwecke verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

## Erklärung

Rolfing®-Sitzungen sind keine medizinische Heilbehandlung.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass im Rahmen der von mir gewünschten Rolfing®-Sitzungen aus rechtlichen Gründen, Krankheiten, Leiden, körperliche Schäden oder krankhafte Beschwerden weder diagnostiziert noch behandelt werden können. Einen heilenden Einfluss auf eventuelle Krankheiten erwarte ich daher nicht.

Mir ist bekannt, dass ich bei Unklarheiten jederzeit ärztlichen Rat einholen kann. Ich leide weder an einer ansteckenden Krankheit, die andere gesundheitlich gefährden könnte, noch befinde ich mich zurzeit in psychiatrischer Behandlung.

Hiermit willige ich gegenüber der European ROLFING® Association e.V. explizit in die Datenverarbeitung meiner unten angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich wurde davon in Kenntnis gesetzt, dass durch den Widerruf der Einwilligung die Rechtmäßigkeit, der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt wird. Ich bestätige, dass ich weiß, dass das Transparenzdokument mit den Angaben nach Art. 13 und 14 DS-GVO auf der Internetseite <https://rolfing.org/> einsehbar ist.

---

Datum, Ort und Unterschrift