**Τριήμερο Βιωματικό Σεμινάριο Υγείας & Αποτοξίνωσης**

**Πέτα Άρτας, Παρασκευή 1/9 – Κυριακή 3/9/2017**

**Αίτηση Συμμετοχής**

**Προσωπικά Στοιχεία**

|  |  |
| --- | --- |
| Όνομα: |  |
| Επώνυμο: |  |
| Ημ/νία Γέννησης: |  |
| Τηλέφωνο: |  |
| Email: |  |
| Διεύθυνση: |  |

**Διαμονή**

Επιθυμώ να μείνω σε *(παρακαλούμε επιλέξτε):*

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Μονόκλινο δωμάτιο |  |
| Δίκλινο δωμάτιο |  |

*\* Για διαμονή σε μονόκλινο δωμάτιο υπάρχει επιπλέον ημερήσια χρέωση €15.*

**Συνοπτική Κατάσταση Υγείας**

1. Είμαι απολύτως υγιής *(παρακαλούμε επιλέξτε)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ναι |  |
| Όχι |  |

1. Αντιμετώπιζα / Αντιμετωπίζω θέματα υγείας *(παρακαλούμε επιλέξτε)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ναι |  |
| Όχι |  |

1. Έχω αλλεργίες /τροφικές δυσανεξίες

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ναι |  |
| Όχι |  |

1. Αντιμετωπίζω κινητικά προβλήματα

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
| Ναι |  |
| Όχι |  |

**Αναλυτική Αναφορά Ζητημάτων Υγείας**

1. Δηλώστε σοβαρές ασθένειες που είχατε στο παρελθόν
2. Δηλώστε σοβαρές ασθένειες που έχετε στο παρόν στάδιο
3. Δηλώστε όποιες τροφικές δυσανεξίες ή αλλεργίες έχετε
4. Δηλώστε και περιγράψτε αν έχετε κινητικά προβλήματα
5. Αν επιθυμείτε να διερευνηθεί το ψυχολογικό υπόβαθρο του προβλήματος υγείας που έχετε, παρακαλούμε δηλώστε το εδώ.
   * Για ποιο ακριβώς πρόβλημα υγείας θέλετε να γίνει η διερεύνηση αυτή;

**Σημαντική Ενημέρωση – Όρος Σεμιναρίου**

Οι συμβουλές που θα δοθούν στο Τριήμερο Σεμινάριο Υγείας δεν μπορούν να υποκαταστήσουν οποιαδήποτε θεραπευτική αγωγή που λαμβάνετε τώρα. Το πρόγραμμα αυτό αποτελεί ένα επιμορφωτικό, βιωματικό σεμινάριο ευεξίας και αποτοξίνωσης. Για αλλαγή οποιασδήποτε θεραπευτικής αγωγής απαιτείται η σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού των συμμετεχόντων.

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πληροφορίες που έδωσα είναι αληθείς και συμφωνώ με τον όρο του σεμιναρίου.

*Υπεύθυνος ιατρός του Τριήμερου Βιωματικού Σεμιναρίου Υγείας και Αποτοξίνωσης: Ομοιοπαθητικός Ιατρός - Ψυχίατρος Γεώργιος Λουκάς.*