ABENTEUER FASTEN

Bestätigung Hausärztin/Hausarzt

Meine Patientin/mein Patient Frau/Herr _____

hat mich darüber informiert, dass sie/er an einer Maßnahme zur Gesundheitsprävention teilnehmen wird. Dabei handelt es sich um eine kalorienreduzierte Trinkkur in der Dauer von 5 bis 10 Tagen. Neben einer Fastenverpflegung von 300-500 Kcal pro Tag in Form von Gemüsebrühen, Gemüse-/Obstsäften, Kräutertees, etwas Zitrone, Honig und Wasser, wird ein Entspannungs-und Bewegungstraining und Gesundheitsbildung angeboten werden.

Primäres Ziel meiner Patientin/meines Patienten ist nicht die Gewichtsreduktion, sondern den Einstieg in einen gesundheitlich günstigeren und langfristig angelegten Lebensstil zu finden.

Ich bin mit der Teilnahme einverstanden.

Ort / Datum

Stempel Arztpraxis / Unterschrift

Annegret Mitschke, zertifizierte, ärztlich geprüfte Fastenleiterin (dfa)
www.abenteuer-fasten.de ~ annegret@abenteuer-fasten.de ~ 0176 5578 9691