

Anmeldeformular für Kursbewerber/innen

Vipassana-Meditation wie gelehrt von S.N.Goenka in der Tradition von Sayagyi U Ba Khin

Füllen Sie bitte dieses Formular aus, um sich für einen Kurs anzumelden. Senden Sie das Formular zurück an die Adresse auf der Rückseite und warten Sie auf die Bestätigung. (Bitte schreiben Sie Namen und Adresse in BLOCKSCHRIFT und Großbuchstaben). Beantworten Sie bitte alle Fragen vollständig. Alle Informationen, die im Zuge des Kursanmeldeverfahrens bereitgestellt werden, werden streng vertraulich behandelt und von der Vipassana-Vereinigung e.V. entsprechend den aufgestellten Datenschutzrichtlinien verarbeitet, die auf Anfrage erhältlich sind. Durch meine Unterschrift unter dieses Formular erkläre ich mich damit einverstanden.

Abschnitt 1 Alle Schüler/innen

Für welchen Kurs möchten Sie sich anmelden?

Erste Wahl:

Datum	Ort
-------	-----

Zweite Wahl:

Datum	Ort
-------	-----

Dritte Wahl:

Datum	Ort
-------	-----

Vorname				Nachname			
Alter	Geburtsdatum	Tag	Monat	Jahr	Geschlecht	Nationalität	
Straße							
Postleitzahl		Ort				Land	
Festnetz-Tel. (privat)		Mobil-Tel.			Email-Adresse		
Beruf		Muttersprache			Andere Sprachen, die Sie gut verstehen		

Abschnitt 2 Neue Schüler/innen

Haben Sie bereits Erfahrungen mit anderen Meditationstechniken, Therapien oder Heilungsmethoden? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Lehren Sie diese Technik(en) und/oder behandeln Sie andere damit? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wo oder von wem haben Sie von Vipassana erfahren?		

Abschnitt 3 Alte Schüler/innen

Alle, die schon einmal einen Kurs mit S.N. Goenka oder seinen Assistenten und Assistentinnen abgeschlossen haben.

Haben Sie seit Ihrem letzten Kurs weiter regelmäßig Vipassana-Meditation praktiziert? Machen Sie bitte nähere Angaben (wie viele Stunden pro Tag etc.).	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>					
Haben Sie seit Ihrem letzten Kurs mit S.N. Goenka oder seinen Assistenten und Assistentinnen irgendwelche anderen Meditationstechniken (einschließlich anderer Vipassana-Techniken), Therapien oder Heilungsmethoden praktiziert? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>					
Lehren Sie diese Technik(en) und/oder behandeln Sie andere damit? Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben.	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>					
Können Sie bei Bedarf früher anreisen und bei der Vorbereitung helfen?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>					
Würden Sie sich zur Mitarbeit als Kurs-Helfer/in bereit erklären, falls Bedarf besteht?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>					
Bitte machen Sie Angaben zu Ihrem ersten und letzten vollen Kurs, den Sie gesessen haben, sowie der Anzahl der abgeschlossenen vollen Kurse.							
Erster gesessener Kurs	Ort		Lehrer/in			Datum	
	Ort		Lehrer/in			Datum	
Gesamtzahl der abgeschlossenen vollen Kurse	Service	10 Tage	Satipatth.	20 Tage	30 Tage	Andere	

Abschnitt 4 Alle Schüler/innen

Haben Sie irgendwelche körperlichen Krankheiten oder andere Gesundheitsprobleme? Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben (Daten, Symptome, Dauer, Krankenhausaufenthalte, Behandlungen, momentane Verfassung). Falls notwendig, setzen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem gesonderten Blatt fort.

Falls Sie schwanger sind, kreuzen Sie bitte hier an

Haben Sie zur Zeit oder hatten Sie früher einmal irgendwelche Probleme hinsichtlich Ihrer psychischen Gesundheit, z.B. schwerwiegende Depressionen oder Ängste, Anfälle von Panik, manisch-depressive Zustände, Schizophrenie, Suizidversuche etc.?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben (Daten, Symptome, Dauer, Krankenhausaufenthalte, Behandlungen, momentane Verfassung). Falls notwendig, setzen Sie Ihre Ausführungen bitte auf einem gesonderten Blatt fort.

Nehmen Sie zur Zeit irgendwelche verschriebenen Medikamente ein, oder haben Sie innerhalb der letzten zwei Jahre welche eingenommen?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben (Daten/Dauer, Arten, Menge, momentaner Gebrauch).

Trinken Sie Alkohol oder nehmen Sie Drogen, oder haben Sie innerhalb der letzten zwei Jahre Alkohol oder Drogen konsumiert (z.B. Heroin, Kokain, Ecstasy, Amphetamine, Marihuana oder sonstige Rauschmittel)?

Ja Nein

Wenn ja, machen Sie bitte nähere Angaben (Daten/Dauer, Arten, Mengen, momentaner Konsum).

Nimmt ein Freund, Partner oder Familienglied von Ihnen ebenfalls am Kurs teil?

Ja Nein

Wenn ja, geben Sie hier bitte die Namen und das Verhältnis zu Ihnen an.

Ich erkläre hiermit, daß ich die Broschüre "**Vipassana-Meditation**" mit der Einführung in die Technik und den Teilnahmebedingungen für Meditationskurse sorgfältig gelesen und verstanden habe. Ich bin bereit, für die Dauer des Kurses auf dem Kursgelände zu bleiben und alle Regeln und Anweisungen zu befolgen.

Mir ist bewusst, dass die Teilnahme an einem Kurs in Vipassana-Meditation ein ernsthaftes Unternehmen ist, das eine gute körperliche und psychische Gesundheit voraussetzt, und ich bestätige, dass ich in der Verfassung bin, dieses Vorhaben auf mich zu nehmen. Ich verpflichte mich, auf mein eigenes physisches und psychisches Wohlbefinden zu achten und mich bei Schwierigkeiten umgehend an die Kursleiter zu wenden, um gemeinsam die bestmögliche Vorgehensweise abzusprechen. Mir ist bewusst, dass keine Haftung für etwaige physische oder/und psychische Beeinträchtigungen während oder nach Besuch eines Kurses übernommen wird. Ich versichere hiermit, dass ich alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet habe.

Unterschrift des Bewerbers/der Bewerberin _____ Datum _____

Bitte senden Sie dieses Formular an:

Vipassana-Meditationszentrum
Dhamma Dvara
Alte Str. 6, 08606 Triebel / Germany

Tel. [0049] (0) 37434 / 79 770
Fax: [0049] (0) 37434 / 79 771
Email: registration@dvara.dhamma.org

Wenn Sie ein/e Alte/r Schüler/in sind und nicht am ganzen Kurs teilnehmen, geben Sie bitte Datum und Uhrzeit Ihrer Ankunft und Abreise an.

Uhrzeit

Datum

	Uhrzeit	Datum
Ankunft		
Abreise		

Falls Sie mit eigenem PKW kommen und damit einverstanden sind, von anderen kontaktiert zu werden, die eine Mitfahrgelegenheit suchen, so kreuzen Sie bitte hier an: