

Kursanmälan till "Mindfulness för ett värdefyllt liv"

Avser kurs med startdatum: _____

Tack för att du fyller i detta formulär. Ditt ifyllda formulär handhas konfidentiellt och endast kursledaren för din grupp tar del av svaren. Efter kursens slut förstörs samtliga ifyllda formulär.

För att anmäla dig skickar du in det ifyllda anmälningsformuläret. När din anmälan har mottagits får du en bekräftelse på att du har en plats i kursen, därefter är anmälan bindande och kursavgiften betalas in.

Anmälningsformuläret skickas till: Rebecka Bobst, Odenplans Integrerade Hälsoklinik, Upplandsgatan 38, 113 28 Stockholm. Vid frågor, maila rebecka@mindgarden.se eller ring 0704-16 31 56.

Kursavgift: Kursavgiften är 4 900 kr inkl. moms för **privatpersoner** och 6 900 kr exkl. moms för **företag**. Hela kursbeloppet skall vara oss tillhanda senast 7 dagar innan kursstart.

Betalning: Kursavgiften inbetalas till bankgiro. Betalningsinformation får du i bekräftelsen på din anmälan.

Jag anmäler mig:

Som privatperson

Min arbetsgivare står för kursen

Namn: _____

Gatuadress: _____

Postnr och ort: _____

Telefon: Arbete: _____ Mobil: _____

Hem: _____

*E-post: _____ Födelseår: _____

*(bekräftelse på anmälan och annan skriftlig kontakt från oss sker företrädesvis per e-post, var därför vänlig fyll i din e-postadress om du har någon)

Komplett fakturaadress till arbetsgivare (behövs ej om du anmäler dig som privatperson):

Företag: _____

Avdelning/Kontaktperson: _____

Gatuadress: _____

Postnr och ort: _____

Hur hörde du först talas om kursen?

Vilken är den främsta anledningen till att du vill delta i kursen?

Vilken är din sysselsättning just nu? _____

Vad upplever du som problematiskt i ditt liv – t ex stress, oro, relationer? Vad får det för konsekvenser?

Hur trivs du i ditt liv? _____

Vad bryr du dig mest om? Vad ger dig mest glädje i livet? _____

Går du för närvarande/har du gått i terapi? _____

Hur är din sömnkvalitet? _____

Motionerar du? Vilken aktivitet och hur ofta? _____

Har du eller har du haft ett alkohol- och/eller drogberoende? Om ja, förklara mer: _____

Tar du eller har du tidigare tagit mediciner för depression, ångest, panikattacker eller andra psykiska besvär? Andra receptbelagda mediciner vi bör veta om?

Har du varit inlagd på sjukhus för psykiska besvär? Om ja, för vad och när?

Har du nära vänner, släkt eller annat socialt stöd/nätverk? _____

Är det något annat viktigt du vill nämna? _____

Jag intygar att jag tar fullt ansvar för min fysiska och psykiska hälsa under programmets gång. Jag har svarat på frågorna så sanningsenligt och korrekt det är möjligt för mig.

Datum: _____ Namnunderskrift: _____