4.4.

4.4.

4.4.

Anreisedatum:

Abreisedatum:

4.4.

Name: Vorname:

Adresse: Geschlecht m ❑ f ❑ and. ❑

 Geburtsjahr:

 Nationalität:

Email: Tel:

Beruf: Sprachen: d ❑ e ❑ f ❑ t ❑

Frühere Aufenthalte im Dhammapala (wann?): Haben Sie bereits Meditationserfahrung?

Gibt es etwas, das Sie uns über Ihre körperliche oder psychische Gesundheit mitteilen möchten, was Ihren Aufenthalt im Dhammapala beeinträchtigen könnte?

**Im Notfall: Wen sollten wir kontaktieren (Beziehung, Name, Wohnort und Telefon):**

Falls Sie regelmäßig Medikamente oder Psychopharmaka einnehmen, listen Sie diese bitte hier auf