



Naturheilpraxis  
**Karin Tesch**  
Dipl.-Päd., Heilpraktikerin

Marburger Str. 2  
60487 Frankfurt am Main

Telefon 06192 / 90 08 22

Anmeldeformular

## Seminar Holotropes Atmen vom 20.–22. März 2026

Bitte gut lesbar ausfüllen und per Post senden an:

**Karin Tesch**

**Münsterer Str. 51**  
**65719 Hofheim-Lorsbach**

Hiermit melde ich mich verbindlich für das **Wochenendseminar**  
**Holotropes Atmen vom 20.–22.03.2026** im Kapellenhof, 63546 Hammersbach an.

.....  
Vorname / Name

.....  
Straße / Hausnr.

.....  
PLZ / Ort

.....  
Telefon / E-Mail für organisatorische Rückfragen

**Ausgebucht!**  
**Warteliste möglich**

**Die Seminargebühr beträgt Euro 370,-** zuzüglich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Mit der Anmeldebestätigung erhalte ich eine Bankverbindung, auf die ich die Kursgebühr überweise, sowie alle für die Teilnahme relevanten Informationen.

**Erst nach erfolgtem Zahlungseingang ist mein Platz im Wochenendseminar**  
**Holotropes Atmen vom 20.–22.03.2026 verbindlich reserviert.**

Ich bestätige, dass ich mich in der Lage sehe, eigenverantwortlich an dieser Veranstaltung teilzunehmen. Die Kontraindikationen für Holotropes Atmen unter [www.karin-tesch.de](http://www.karin-tesch.de) habe ich gelesen und bestätige hiermit, dass diese nicht auf mich zutreffen.

Die Datenschutzerklärung unter [www.karin-tesch.de/impressum](http://www.karin-tesch.de/impressum) habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Organisatorin des Seminars dem Seminarhaus Kapellenhof kurz vor Kursbeginn eine Teilnehmerliste übermittelt, um Unterbringung und Verpflegung der Seminarteilnehmer zu gewährleisten.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift