

# BEWERBUNGSBOGEN

BERUFSBEGLEITENDE AUSBILDUNG ZUM/R MEDIZINISCHEN WELLNESSMASSEUR/IN

**Vollzeit-Ausbildung**

**Berufsbegleitende Ausbildung**

**Familienname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Mädchenname:** \_\_\_\_\_

**Familienstand:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Dat.:** \_\_\_\_\_

**Geb.-Ort:** \_\_\_\_\_

**Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Wann erreichbar?** \_\_\_\_\_

(Bitte geben Sie eine Telefonnummer an wo sie zwischen 9.00 bis 17.00 Uhr erreichbar sind)

- Schulabschluss:**
- Volksschule
  - Hauptschule/Gymnasium
  - Oberschulabschluss: welchen? \_\_\_\_\_
  - Universitärer Abschluss: welchen? \_\_\_\_\_
  - Anderes: \_\_\_\_\_

**Welche Tätigkeiten haben Sie bisher ausgeübt?**

---

---

---

---

**Welche Tätigkeiten üben Sie derzeit aus?**

---

---

---

---

**Waren Sie in touristischen Einrichtungen oder im Gesundheitsbereich tätig?**

Ja  Nein

Welche Tätigkeit? \_\_\_\_\_

**Ihre Gründe, diese Ausbildung zu besuchen?**

- aus persönlichem Interesse
- um im Bereich Wellness beruflich tätig zu werden
- um im Bereich physikalischer Medizin beruflich tätig zu werden

sonstige Gründe \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Was verstehen Sie unter Gesundheit und Wellness?**

---

---

---

**Haben Sie sich schon mit gesundheitlichen Themen beschäftigt?**  Ja  Nein

**Mit welchen Themen?**

---

---

---

**In welcher Form** (z.B. Literatur, praktische Anwendung, Ausbildung usw.)?

---

---

---

**Welches sind Ihre bevorzugten Interessen im gesundheitlichen Bereich?**

---

---

---

**Haben Sie Erfahrung mit therapeutischen ganzheitlichen Methoden?**  Ja  Nein

**Wenn ja, welche?**

---

---

---

**Welche Bedeutung haben Berührung und Körperkontakt für Sie?**

---

---

---

**Welche Bedeutung haben Bewegung und Sport für Sie?**

---

---

---

**Welche Beziehung haben Sie zu Ihrem Körper?**

---

---

---

**Welche Erfahrung haben Sie im Bereich Selbsterfahrung / Persönlichkeitsentwicklung?**

---

---

**Haben Sie Erfahrung mit Gruppen?**

Ja  Nein

**Welche?**

---

---

**Wie lange?**

---

---

**In welcher Funktion? (z.B. Teilnehmer/in, Leiter/in usw.)**

---

---

**Welche Erwartungen haben Sie von dieser Ausbildung?**

---

---

**Wie und wo gedenken Sie das Erlernte nach der Ausbildung einzusetzen?**

---

---

**Wie haben Sie von dieser Ausbildung erfahren?**

---

---

Ort

Datum

Unterschrift

**Schicken Sie bitte Ihre Bewerbung, in Blockschrift gut leserlich ausgefüllt, an folgende Adresse:**

Yoni Academy  
Akademie für ganzheitliche Gesundheitskultur - Andreas Hofer Straße 40 / A-6020 Innsbruck