***Process Workshop Application Form,***

***Foster- og fødselsproces workshop - Ansøgningsformular***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Workshop dato*** |  | ***Sted*** |  |

**If completing the form by hand please print all your entries.**

**Hvis du udfylder formularen i hånden, skriv venligst tydeligt**

**Kan enten udfyldes på dansk eller engelsk**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Name  Navn |  | | | | | | | Profession | | | |  | | | | | | | |
| Birth date:  Fødselsdag: | | |  | | Age:  Alder: | |  | Country of Birth:  Fødselsland: | | | |  | | | | | | | |
| Address:  Adresse: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| City  By | | |  | | | | | County  Region | |  | | | | | | | Post Code  Postnummer | |  |
| Phone:(home)  Tlf. (hjemme) | | |  | | | | | Phone (Work)  Telefon(arbejde) | | | | | |  | | | | | |
| Mobile/ Cell  Mobil nr. | | |  | | | | | E-mail | | | | | |  | | | | | |
| Home fax | | |  | | | | | Work fax | | | | | |  | | | | | |
| Who recommended this work to you?  Hvem anbefalede denne workshop til dig? | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| If you related to someone who is also applying for this workshop please provide his/ her name & nature of relationship  Er du i familie med en, der også ansøger om denne workshop, så venligst skriv hendes/hans navn og familieforholdet? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Family/relationships (married / partnered children grandchildren)  Familie/par-forhold (gift/parforhold, børn, børnebørn) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| If you are a body worker psychotherapist or health care practitioner or student of these indicate nature of your practice or extent of training. (Types of therapy clients / week)  Hvis du er kropsterapeut eller anden behandler, psykoterapeut eller arbejder i sundhedsvæsenet, så fortæl om din praksis eller uddannelse. (terapiform og antal klienter pr. uge) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| What is your purpose and intention for taking this workshop? (If more space required use last page of doc and refer to it)  Hvad er dit formål og intension med at med at deltage i workshoppen? (Brug sidste side, og skriv en henvisning dertil, hvis du har brug for mere plads). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Some of the workshop techniques involve physical exertion. If you have any medical conditions that would contraindicate involvement in such techniques please explain.  Nogle af workshoppens teknikker indebærer fysisk belastning. Beskriv venligst, hvis du har nogen helbredsmæssige forhold, der betyder, at de bør fravælges. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Height  Højde | |  | | Weight  Vægt | |  | | | Do you have any area of your body that needs special consideration?  Er der nogen kropsområder, der har brug for specielle hensyn? | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Are you presently taking any medications or drugs? (Name of medication for what condition)  Tager du nogen medicin for tiden? (medicinens navn og formål?) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Are you presently using any recreational drugs alcohol or nicotine? (Amount per day / week)  Bruger du nogen drugs, alkohol eller nikotin? (Hvor meget pr. dag/uge) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I have access to follow up therapy after this workshop?  Jeg har adgang til opfølgende terapi efter denne workshop? | | | | | | | | | | | Yes  Ja | |  | | No  Nej |  | | If yes with whom?  Hvis ja, med hvem? | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| If this person does not have pre and peri natal facilitation skills and you do not have access to follow up therapy, what do you plan to do to support yourself after this workshop?  Hvis denne person ikke har foster- og fødselsterapeutisk erfaring, og du ikke har adgang til opfølgende terapi, hvad planlægger du så at gøre for at give dig selv støtte efter denne workshop? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| List other physicians or health care practitioners you are being treated by.  Andre læger eller sundhedspersonale, som du er i behandling hos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Please initial by hand each of the following in the space allocated to the left of each item**

**If you email the form then after you have initialled each item, scan and email a copy: alternatively fax or post.**

**Skriv dine initialer til venstre for hver linje, hvor der er plads stil det.**

**Hvis du sender formularen som e-mail, kan du skanne og emaile kopien efter du har skrevet dine initialer. Eller faxe/sende med posten.**

:

|  |  |
| --- | --- |
|  | I take responsibility for my well being during and after the workshop.  Jeg tager ansvar for mit velbefindende under og efter workshoppen. |
|  |  |
|  | I am in good physical, emotional and mental condition and can participate in the regularly scheduled activities of the workshop.  Jeg er i god fysisk, følelsesmæssig og mental form, og kan deltage i de skemalagte aktiviteter i workshoppen. |
|  |
|  |  |
|  | I understand that I am required to attend each day of the workshop from the agreed start time until the workshop finishes each day. *[It is therefore strongly recommended that if travelling from a distance that you arrive the day prior to the workshop. Also that you do not plan on travelling on the same day the workshop completes.*]  Jeg forstår, at jeg skal deltage i workshoppen alle dage, fra begyndelses tidspunktet, og indtil workshoppen slutter hver dag. (*Det anbefales derfor stærkt, at du ankommer dagen før workshoppen, hvis du rejser langvejs fra. Også, at du ikke planlægger at rejse hjem samme dag som workshoppen slutter.)* |
|  |  |  |
|  | I agree to abstain from alcohol and recreational drugs from the day prior to the workshop until the completion of the workshop, including during breaks and evenings.  Jeg samtykker i at afholde mig fra alkohol og stoffer fra dagen før workshoppen og ind til workshoppen afsluttes, inklusiv pauser og aftener. |  |
|  |  |  |
|  | I agree to abstain from nicotine within the venue and will do my best to abstain from it from the day prior to the workshop until the completion of the workshop, including during breaks and evenings.  Jeg samtykker i at afholde mig fra nikotin på workshop stedet og vil gøre mit bedste for at afholde mig fra det fra dagen før workshoppen og indtil workshoppen er afsluttet, inklusiv pauser og aftener. |
|  |  |  |
|  | I agree to maintain confidentiality about what takes place in the workshop.  Jeg samtykker i at opretholde tavshedspligt om hvad der sker i workshoppen. |
|  | **I do/do not\*** **give my consent for my contact details to be given out to other participants of this process workshop group before the workshop.**  **Jeg giver/giver ikke\* min tilladelse til at mine kontakt detaljer gives til andre deltagere fra denne proces workshop før workshoppen.** |
|  | . |
|  | I agree to the payment of fees as outlined in the covering letter ref DMH/1114  Jeg samtykker i reglerne for betalingen af workshoppen, som skrevet i appendikset til deltagerbrevet. |
|  | **I want/ do not want\*** **to subscribe to David’s First Expression Newsletter.**  **Jeg ønsker/ønsker ikke\* at modtage Davids First Expression Nyhedsbrev.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature  Underskrift |  | Date:  Dato: |  |

Please list below all Castellino based Womb Surround Process Workshops that you have attended over the last 4 years. If you require more space continue on a separate sheet, ensure your name is clearly visible and delete as applicable below.\*

Vensligst noter alle de Castellino baserede Foster- og fødselsproces workshops, som du har deltaget i i de sidste fire år.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date**  **Dato** | **Location**  **Sted** | **Facilitator/ Co- Facilitators**  **Workshop leder/Co-ledere** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Continued on a separate sheet **Yes/ No\***

Fortsættes på et separate ark **Ja/nej\***

**\* Delete as required.**

**\* Fjern efter behov.**

Please check what you know or think applies to your birth history. My birth was:

Sæt kryds ud for hvad du ved, eller tror passer til din fødsels historie. Min fødsel var:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | An unmedicated vaginal birth in a hospital  En vaginal (skede) fødsel på sygehus uden medicin |  | Induced  Igangsat fødsel |
|  | An unmedicated vaginal birth at home  En vaginal hjemmefødsel uden brug af medicin |  | With foetal heart monitor  Med hjerte måler |
|  | An anaesthesia birth  Fødsel med bedøvelse |  | C-section  Kejsersnit |
|  | With forceps  Med tang |  | Breech  Sædefødsel |
|  | With cranial suction  Med sug |  | A multiple birth  Tvillinge fødsel |
|  | Other birth complications, please explain:  Andre fødsels komplikationer, forklar venligst: | | |
|  | | | |

Please check what you know or think applies to your prenatal and birth history.

Sæt kryds ud for det du ved, eller tror skete i din foster- og fødselshistorie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | I had a twin that did not live. At what point in the pregnancy or post natal time did the twin leave?  Jeg havde en tvilling, der ikke levede. Hvornår under graviditeten eller efter fødslen forlod tvillingen dig? | |
|  |  | |
|  | I was premature. How many weeks?  Jeg blev født for tidligt. Hvor mange uger? |  |
|  | I was in a Neonatal Intensive Care Unit. Please state how long  Jeg var indlagt på prænatal afdelingen. Hvor længe? |  |
|  | I was incubated. How long  Jeg lå i kuvøse. Hvor længe |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Where was your father during your birth?  Hvor var din far under din fødsel? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Were you separated from you mother at birth (sent to a nursery)?  Blev du adskilt fra din mor efter fødslen (lagt i babyrum)? | | | | | Yes  Jan |  | No  Nej | |  |
| Were you breast fed?  Fik du bryst? |  | If yes, how long?  Hvis ja, hvor længe? |  | Were you circumcised as an infant?  Blev du omskåret som spæd? | | | |  | |
| Please note any interventions shortly after birth such as hospitalisation for illness or high jaundice operations illnesses as an infant or a child.  Behandlinger kort tid efter fødslen, såsom indlæggelse efter sygdom eller alvorlig gulsot, operationer, og sygdomme som spæd eller barn. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Did either or both of your parents lose another child to miscarriage, abortion, stillbirth, or childhood death? If yes, are you aware of how this affected you? Give dates and circumstances.  Mistede en eller begge dine forældre et foster ved en abort eller ufrivillig abort. Eller fik de en dødfødt baby eller mistede et barn senere? Hvis ja, ved du, hvordan det påvirkede dig? Skriv tidspunkter og omstændighederne omkring det. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Who raised you? Were your parents your natural parents? Where you raised by a single parent? If your parents split up, how old were you? Did you have other major primary care givers like grandparents, aunt and uncles, guardians or adoptive parents?  Hvor voksede du op? Er dine forældre dine biologiske forældre? Voksede du op med kun en forælder? Hvis dine forældre blev skilt, hvor gammel var du så? Havde du andre primære omsorgsgivere såsom bedsteforældre, tanter og onkler, værger eller adoptiv forældre? | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Do you or did you have siblings? Indicate ages relative to you, nature of relationship as children.  Har/havde du søskende? Beskriv deres alder i forhold til din, og hvordan jeres forhold var som børn. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Please relate any other information you know concerning your conception, your parents’ attitude toward having you (planned, unplanned, wanted, confused, unwanted). If unwanted, did they consider or attempt abortion?  Andre informationer du har omkring din undfangelse og dine forældres indstilling til at få dig (planlagt, uplanlagt, ønsket, forvirret, uønsket). Hvis uønsket, overvejede eller forsøgte de abort? |
|  |
| What do you know about your life in the womb including physical effects (maternal or paternal smoking, drinking, drugs, mom’s diet), and emotional effects including absence or presence of father during pregnancy or birth, parents’ relationship with each other during your pregnancy, siblings’ attitude toward your birth? If you are adopted, give information about transition in hospital and new family as well as any birth history known.  Hvad ved du om dit liv i livmoderen, inklusiv fysiske påvirkninger (mors eller fars rygning, alkoholforbrug, drugs, mors kost), og følelsesmæssige påvirkninger inklusiv fars fravær eller nærvær under graviditeten eller fødslen. Dine forældres forhold til hinanden under din graviditet, søskendes indstilling overfor din fødsel? Hvis du er adopteret, så giv informationer om overleveringen, på sygehuset og i den nye familie, så vel som det du kender af din fødselshistorie. |
|  |
| If you have ever lost a child to miscarriage, abortion, stillbirth or death please explain circumstances and dates and how this affects you today.  Hvis du har mistet et barn på grund af frivillig eller ufrivillig abort, dødfødsel eller dødsfald, forklar omstændighederne og giv datoer og hvordan det påvirker dig nu. |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| If you have ever been, or you are currently in an abusive relationship please state when, what relation the person was or is to you, whether the abuse was or is physical, sexual and or emotional. If a past relationship, what action did you take? If present, what are you doing about it? Please give details.  Giv detaljer hvis du nogensinde har været eller stadig er i et forhold med overgreb, skriv hvornår, hvilken relation personen havde/har til dig, om overgrebene er/var fysiske, seksuelle eller følelsesmæssige. Hvis det var et tidligere forhold, hvad gjorde du så? Hvis det stadig finder sted, hvad gør du så ved det? Vær detaljeret. | | | | |
|  | | | | |
| If you have ever been prescribed medications for mental health reason please describe the circumstances and outcomes with dates  Hvis du nogensinde har fået medicin for psykiske problemer, beskriv omstændighederne og udkommet, og hvornår. | | | | |
| . | | | | |
| If you have ever been hospitalised for mental health reasons please describe the circumstances and outcomes with dates.  Hvis du nogensinde har været indlagt med psykiske problemer, beskriv omstændighederne og effekten, og hvornår. | | | | |
|  | | | | |
| Has anyone in your family ever attempted or committed suicide?  Har nogen i din familie nogensinde forsøgt eller begået selvmord? | Yes  Ja |  | No  Nej |  |
| Have you ever contemplated or attempted suicide?  Har du nogensinde overvejet eller forsøgt selvmord? | Yes  Ja |  | No  Nej |  |
| If yes to either of the above, please describe the circumstances with dates.  Hvis du har svaret ja til nogen af ovenstående spørgsmål, så beskriv omstændighederne, og hvornår. | | | | |
|  | | | | |

**Family and other relevant History that has not been included above**

**Familie og anden relavant historie, der ikke er dækket ind ovenfor**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature |  | Date: |  |

|  |
| --- |
|  |

**Resources**

**Ressourcer**

|  |
| --- |
| What in your life gives you enjoyment?  Hvad giver dig glæde i livet? |

Send to (prefer email):

Send til (foretrækker e-mail):

David Haas:

[Info@first-expression.co.uk](mailto:Info@first-expression.co.uk)

Eller:

Gitte Virkmann Larsen

[gitte@satori.dk](mailto:gitte@satori.dk)

Bredgade 51

8340 Malling

Tlf.: 51 90 03 71