



## Vipassana Meditation

som den lärs ut av S.N. Goenka,  
i Sayagyi U Ba Khins tradition

### KURSANSÖKAN

Dhamma Sobhana Vipassana Centre, Lyckebygården, 599 93 Ödeshög registration@sobhana.dhamma.org

Ansök till en kurs genom att fylla i och skicka in detta formulär. Invänta sen svar.  
Var vänlig besvara alla frågor fullständigt. All information som lämnas kommer att behandlas konfidentiellt.

**Kursdatum:** Från \_\_\_\_\_ Till \_\_\_\_\_

<b>Förnamn</b>	<b>Efternamn</b>	<b>Ålder:</b>	<b>Kön:</b> Man <input type="checkbox"/> Kvinna <input type="checkbox"/>
<b>Adress:</b>	<b>Telefonnummer:</b> Hem: Arbetet: Mobil:	<b>Födelsedatum:</b> År _____ Mån _____ Dag _____	
<b>Land:</b>	<b>E-postadress:</b>	<b>Yrke:</b>	

1. Kryssa för här om du kör till kursplatsen och kan erbjuda skjuts.
2. Kommer en vän eller familjemedlem också att delta i kursen? Nej  Ja   
Om ja, var vänlig ange namn/relation. \_\_\_\_\_
3. Nationalitet/förstaspråk \_\_\_\_\_  
Andra språk du förstår väl \_\_\_\_\_
4. Har du tidigare fullföljt en 10-dagarskurs med S.N. Goenka eller någon av hans assistentlärare? Ja (Gammal elev)   
Nej (Ny elev)

#### Nya elever

1. Har du någon tidigare erfarenhet av meditation, terapi eller healing? Nej  Ja   
a. Om ja, var vänlig specificera. \_\_\_\_\_  
b. Undervisar du eller praktiserar du på andra? Nej  Ja   
Om ja, var vänlig specificera. \_\_\_\_\_
2. Hur hörde du talas om Vipassana, eller vem rekommenderade kursen? \_\_\_\_\_

#### Gamla elever

1. **Första 10-dagarskursen:** Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Lärare \_\_\_\_\_
2. **Senaste kursen du satt:** Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_ Lärare \_\_\_\_\_
3. **Totalt antal 10-dagarskurser** som du a) Suttit på heltid \_\_\_\_\_ b) Servat på heltid \_\_\_\_\_  
a. Andra kurser du suttit (specificera): \_\_\_\_\_  
b. Andra kurser du servat (specificera): \_\_\_\_\_
4. Har du praktiserat några andra meditationstekniker (inklusive andra typer av Vipassana), några terapier eller healing-övningar sen din senaste kurs med S.N. Goenka eller någon av hans assistentlärare? Nej  Ja   
a. Om ja, var vänlig specificera. \_\_\_\_\_  
b. Undervisar du eller praktiserar du på andra? Nej  Ja  Om ja, var vänlig specificera. \_\_\_\_\_

5. Har du fortsatt praktisera Vipassana sen din senaste kurs? Nej  Ja   
 Om ja, var vänlig specificera (hur mycket, om dagligen, osv.). \_\_\_\_\_
6. Kryssa för här om du kan komma tidigare och hjälpa till innan kursen.
7. Kryssa för här om du kan tänka dig att serva på kursen om det behövs.
8. Om du inte deltar i hela kursen, var vänlig ange datum och tid för ankomst /avresa.  
 Ankomst datum och tid \_\_\_\_\_ Avresa datum och tid \_\_\_\_\_

**Alla elever (Nya och gamla elever)**

1. Har du några sjukdomar eller andra fysiska hälsoproblem? Om ja, var vänlig specificera (varaktighet, symptom, behandling, nuvarande hälsotillstånd). Nej  Ja

2. För kvinnor: var vänlig kryssa för om du är gravid.

3. Har du eller har du tidigare haft några psykiska hälsoproblem, t.ex. djup depression eller kraftig ångest, panikattacker, manodepressivitet eller schizofreni? Om ja, var vänlig specificera (under vilka tidsperioder, symptom, sjukhusvistelser, behandling, nuvarande tillstånd). Nej  Ja

4. Använder du eller har du under de senaste två åren använt alkohol eller droger (som t.ex. marijuana, amfetamin, lugnande medel, kokain, heroin, eller andra berusningsmedel)? Om ja, var vänlig specificera (när och under hur lång tid, vilken substans, mängder, beroenden, behandling, nuvarande användning). Nej  Ja

5. Använder du eller har du under de senaste två åren använt receptbelagd medicin? Om ja, var vänlig specificera (under vilka tidsperioder, typ av medicin, doser, nuvarande användning). Nej  Ja

6. Annan information du vill lämna.

Genom att underteckna och inge denna ansökan bekräftar jag att jag noggrant läst igenom kursföreskrifterna. Jag bekräftar att jag kommer att stanna på centret under hela kursperioden samt följa alla regler och anvisningar som gäller för kursen. Jag är medveten om att en kurs i Vipassana-meditation är intensiv och krävande, samt bekräftar mot denna bakgrund att min fysiska och mentala hälsa är någorlunda god. Jag intygar att jag besvarat de frågor som ställts så sanningsenligt och så uppriktigt som jag kunnat.

Genom att underteckna och inge denna ansökan samtycker jag till att all information som jag lämnat i denna ansökan eller annars lämnar under ansökningsförfarandet behandlas av kursarrangörerna för de ändamål som anges i den sekretesspolicy som gäller för kurserna. Vår sekretesspolicy kan läsas på centrets webbplats eller kan erhållas från kursregistratorn.

Namnteckning

Datum