

Fiche de renseignements et questionnaire préliminaire

[Ce document est strictement confidentiel. Aucune information y figurant ne sera dévoilée, directement ou indirectement, à qui que ce soit, pour quelque motif que ce soit. Le thérapeute s'engage à préserver le secret professionnel absolu]

Nom : Prénom :

Adresse :Tel

Date de naissance : Lieu de naissance :

Etat civil : marié divorcé célibataire veuf vie en couple avec H F

Nombre d'enfants :

Problème(s) à éliminer, objectif(s) à atteindre :

.....
.....
.....
.....

Depuis quand êtes-vous conscient de ce problème ?

.....
.....
.....
.....

Pourquoi désirez-vous éliminer ce problème ou atteindre cet objectif

Qui ou qu'est ce qui vous a motivé ?

.....
.....
.....
.....

Avez-vous délibérément décidé, seul, sans contrainte extérieure d'éliminer ce problème ou d'atteindre cet objectif ? : oui non

Développez

.....
.....
.....

Etes-vous gaucher droitier

Etes-vous myope hypermétrope astigmatisme

Rappel : atteint de myopie, on voit moins bien de loin, l'hypermétrope voit moins bien de près. Astigmatisme : imperfection de la sphéricité du cristallin.

Aimez-vous le froid la chaleur le soleil l'eau les oiseaux la nature la mer la montagne le jour la nuit le vent

La forêt , autres situations aimées ou détestées

.....
.....

Quelles sont les couleurs que vous aimez ?

.....

Quelles sont les couleurs que vous détestez ?

.....

Avez-vous déjà été hypnotisé (hypnose ou sophrologie) ? oui non

Pendant combien de séances ?

Par quelle technique (description sommaire) ?

.....
.....

Avez-vous déjà pratiqué la méditation ? oui non

De quel type (avec objet ou sans, méthode Zen, etc.) ?

.....
.....

Avez-vous déjà pratiqué le yoga ou le Qi Gong ? oui non

De quel type (méditation sur les çakras, hatha-yoga, technique de souffle, orbite microcosmique, etc.) ?

.....
.....

Etes-vous épileptique ? oui non

Etes-vous enceinte ? oui non

Avez-vous des problèmes de cœur ? Portez-vous un pacemaker ? oui non

Avez-vous déjà suivi pour des problèmes psychiatriques tels que schizophrénie, etc. ? A Quelle date oui non

Nom, adresse et téléphone du médecin psychiatre.

.....
.....

Etes-vous médicalement suivi pour un problème de santé tel que : sida, cancer, ou autre problème important de santé ? oui non

Nom, adresse et téléphone du médecin

.....
.....

Quelles sont vos croyances et tendances religieuses ou philosophiques :
Bouddhisme, Christianisme, Islam, etc. ?

.....
.....

Croyez-vous en la réincarnation, aux vies antérieures ? oui non

Décrivez succinctement ce que Dieu ou un principe supérieur pourrait être
(Intelligence Suprême acorporelle, Etre nous ressemblant physiquement, etc.)

.....
.....

Avez-vous peur de la mort ? oui non

Pourquoi ?

.....
.....

Avez-vous déjà vécu une expérience « paranormale » : télépathie, voyance, expérience proche de la mort, apparition, expérience mystique, décorporation lors d'une intervention chirurgicale ou méditation profonde, ou de la consommation d'une drogue ou d'un médicament, etc. ? oui non

Description de l'expérience :

.....
.....

Date.....