

## DOSSIER INDIVIDUEL

Mr. Mme. Mlle ..... Adresse : .....  
.....  
Prénom : ..... Ville : ..... Code:.....  
Age : ..... Téléphone : .....  
Motif visite: .....  
.....

Situation familiale: Entente?  
Marié - en ménage - célibataire.

Date et lieu de naissance, code postal (1)

Enfants:

Climat psychologique au foyer (2):

Profession:

Comment est-elle vécue?

Est-ce que vous aimez le lieu où vous vivez?

Pourquoi? Et quel endroit plus particulièrement?

Que faites-vous pour vous y détendre?

Avez-vous une maison de campagne?  
Une résidence secondaire?

Qu'aimez-vous y faire pour vous y détendre?

Comment l'idée vous est-elle venue  
de vous adresser a moi? (3)

Avez-vous déjà pratiqué:

La relaxation?	Oui - Non	Résultats
L'hypnose?	Oui - Non	
La sophrologie?	Oui - Non	

A quelle médecine avez-vous recours  
habituellement?

Allopathique.  
Homéopathique.  
Acupuncture.  
Médecines naturelles.

Usez-vous d'excitants ? Quantités:  
Alcool – tabac – café - thé

Avez-vous des problèmes... (4)  
Respiratoires?

Cardiaques?

Tétanie?

Spasmophilie?

Indices de nervosité à noter:

Tics

Ronge ses ongles

Chute de cheveux

Baisse de la vision

Baisse de la sexualité

Si problèmes, date du début et durée,  
événements qui auraient pu les  
déclencher

Manifestations psychiques....  
Cauchemars

.... et à quelles dates

Peurs

Répulsions

Phobies

Manifestations physiques:  
Somatisations  
Où et quand?

Événements déclencheurs:

Grands événements stressants:  
Dates:

Conséquences:

Quelles sont vos qualités:

Quels sont vos défauts:

Quelles sont vos distractions préférées?

Pourquoi.?

Si vous aviez possibilité de partir dès maintenant pour une journée de détente, sans que cela vous cause de problèmes, où iriez-vous?  
Campagne    Montagne    Mer

A la campagne, vous feriez quoi?

A la montagne....?

A la mer....    Vous vous baignez?

Vous faites la planche?

Vous vous faites bronzer?

Qu'est-ce qui, pour vous symbolise la grande détente?

Quelle couleur préférez-vous?

Elle vous fait penser à quoi?

Y en a-t-il une que vous détestez?

Pourquoi?

Quelle fleur aimez-vous?

Pour sa couleur?

Pour son parfum?

Y a-t-il une fleur que vous n'aimez pas?

Pourquoi?

Est-ce que vous visualisez facilement?

Avez-vous tendance à la claustrophobie?

Vous sentez-vous à l'aise dans la foule?

Ces sensations vous sont-elles agréables ou désagréables?

Monter Descendre

Avez-vous déjà fait des expériences parapsychiques ou avez-vous eu des manifestations de ce genre?

Détail de la 1<sup>ère</sup> sophronisation :

Commentaires du patient, résultats :