



FORMULAIRE CLIENT ~ BILAN DE SANTÉ

À l'usage des membres de l'Académie des Naturopathes et Naturothérapeutes du Canada

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____

Courriel : _____

Date de naissance : Jour _____ / Mois _____ / Année _____

Type d'emploi : _____

EN CAS D'URGENCE

Contact : _____ Lien : _____ Téléphone : _____

INFORMATIONS

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Avez-vous déjà eu un soin énergétique ou thérapeutique? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui , lequel? _____ | | |
| 2. Êtes-vous au soin d'un thérapeute actuellement? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui , lequel et à quelle fréquence? _____ | | |
| 3. Avez-vous des assurances? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui , désirez-vous un reçu en naturothérapie? _____ | | |
| 4. Avez-vous un médecin de famille? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Nom : _____ | | |
| 5. Êtes-vous particulièrement sensible au touché? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui , avez-vous une condition particulière? _____ | | |
| 6. Avez-vous été référé?..... | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui , par qui? _____ | | |
| 7. Quelles sont vos activités et loisirs? _____ | | |

AUTORISATION

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Puis-je vous envoyer occasionnellement des informations au sujet des services? | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| 2. Êtes-vous mineur selon la loi (moins de 18 ans) Si oui, ajouter le nom du titulaire adulte et sa signature : _____ | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |

RÉSERVÉ AU PRATICIEN

Nom : Caroline Paré

Signature : _____

Nombre de visites prévues : _____

Date : _____



FORMULAIRE CLIENT ~ BILAN DE SANTÉ

À l'usage des membres de l'Académie des Naturopathes et Naturothérapeutes du Canada

INFORMATION SANTÉ

Conditions - cocher si cela vous affecte ACTUELLEMENT ou si cela vous a déjà affecté DANS LE PASSÉ.	Actuellement	Dans le passé	Précisions :
Accident			
Allergies			
Cancer			
Grossesse			
Condition Cardio-vasculaire			
Opérations			
Troubles alimentaires			
Troubles auditifs			
Troubles circulatoires			
Troubles de peau			
Troubles de sommeil			
Trouble de vision			
Troubles digestifs			
Troubles émotifs ou mentaux			
Troubles musculosquelettiques			
Troubles neurologiques ou du cerveau			
Troubles pulmonaires ou respiratoires			
VIH ou SIDA			
Autres			
Médicaments (1)			Raison :
Médicaments (2)			Raison :

ENGAGEMENT Veuillez cocher chacune des énoncées suivants : Je comprends...

- ... Que le Reiki est une approche douce, énergétique qui nécessite d'être touché;
- ... Que le praticien ne fait pas de diagnostique et ne fait pas de traitement ou de référence médicale;
- ... Que les soins et conseils ne remplacent pas les soins médicaux et les professionnels de la santé;
- ... Qu'il est recommandé d'être sous les soins d'un médecin ou d'un psychologue au besoin;
- ... Qu'au cours de l'approche hypnotique vous demeurer conscient et libre de vos choix;
- ... Que le corps a la capacité de s'auto-guérir en état de relaxation et d'hypnose;
- ... Que cette approche nécessite plus d'une session; et que les rendez-vous doivent être annulés 48h à l'avance;
- ... Que le traitement est un service, et donc je m'engage à payer les honoraires prévus.

Signature : _____

Date : _____