|  |
| --- |
| RENSEIGNEMENTS PERSONNELSNom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ville : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date de naissance (jj/mm/aa) : \_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_ Type d’emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| EN CAS D’URGENCE Contact : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| INFORMATIONS 1. Avez-vous déjà eu un soin énergétique ou thérapeutique? ………………………..……..

Si oui, lequel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Êtes-vous au soin d’un thérapeute actuellement? …………………………………………….

Si oui, lequel et à quelle fréquence? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Avez-vous des assurances? …………………………………………………………………….…………

Si oui, désirez-vous un reçu en naturopathie? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Avez-vous un médecin de famille? ……………………………………………………….…………..

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Êtes-vous particulièrement sensible au touché? ………………………………………………

Si oui, avez-vous une condition particulière? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1. Avez-vous été référé?...........................................................................................

Si oui, par qui? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | * Oui
* Oui
* Oui
* Oui
* Oui
* Oui

  | * Non

 * Non
* Non
* Non
* Non
* Non
 |
| 1. Quelles sont vos activités et loisirs? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| AUTORISATION1. Puis-je vous envoyer occasionnellement des informations au sujet des services?
2. Êtes-vous mineur selon la loi (moins de 18 ans) Si oui, ajouter le nom du titulaire adulte et sa signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | * Oui
* Oui
 | * Non
* Non
 |
| RÉSERVÉ AU PRATICIENNom : Caroline Paré Nombre de visites prévus : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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-du cerveau |  |  |  |
| Troubles pulmonaires-respiratoires |  |  |  |
| VIH ou SIDA |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| Médicaments (1) |  |  | Raison : |
| Médicaments (2) |  |  | Raison : |

 |
| ENGAGEMENT Veuillez apposer vos initiales pour chacune des énoncées suivants : Je comprends…\_\_\_\_\_ … Que  le Reiki est une approche douce, énergétique qui nécessite généralement 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 suggestions ne remplacent pas les conseils, soins médicaux et professionnels de la santé;\_\_\_\_\_ … Que la prise de médicaments et la posologie est sous l’entière responsabilité des médecins;\_\_\_\_\_ … Qu’il est recommandé d’être sous les soins d’un médecin ou d’un psychologue au besoin; \_\_\_\_\_... Que vous entreprenez cette démarche de manière autonome et selon votre libre arbitre; \_\_\_\_\_ … Qu’au cours de l’approche hypnotique vous demeurez conscient et libre de vos choix;\_\_\_\_\_ … Que le corps peut avoir la capacité de s’auto-guérir en état de relaxation et d’hypnose;\_\_\_\_\_ … Qu’en tant que professionnelle je peux appliquer mon droit de mettre fins à mes services; \_\_\_\_\_ … 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |