

**FORMULAIRE PERSONNEL CONFIDENTIEL
POUR SEANCES D'HYPNOTHERAPIE PAR VISIOCONFERENCE**

Mr/Mme/Melle _____ Prénom & Nom _____

Date de naissance _____ Age _____ Profession _____

No. de téléphone _____

Ville & Pays de Résidence _____

Email _____

Votre email ne servira qu'à communiquer avec moi.

Répondre par oui ou par non à toutes les questions :

Etes-vous épileptique ? _____ Etes-vous schizophrène ? _____

Prenez-vous : Antidépresseurs ? _____ Tranquillisants ? _____ Somnifères ? _____

Veillez m'informer de vos éventuels problèmes de santé en les citant ci-dessous ?

Contre-indications à l'hypnothérapie : les personnes souffrant de déficience mentale ou de pathologies mentales (telles : épilepsie, psychose, schizophrénie) ou se présentant à la séance sous l'influence de drogues ou d'alcool. En cas de doute, veuillez consulter un médecin et vous assurer que vous ne présentez aucun signe de contre-indication.

Cochez votre niveau de stress : Faible Modéré Fort.....

[Data femme]: Etes-vous enceinte?

Nom et numéro de téléphone d'un proche à contacter en cas (peu probable) d'éventuelle urgence :

Préciser la relation avec cette personne _____

« Je certifie qu'à ma connaissance, toutes les informations ci-dessus sont exactes.

Je consulte Mme Sabine Ménard, hypnothérapeute, de mon plein gré pour ce que je considère être pour mon bien et ne la tiendrai en aucun cas responsable de mon état de santé. Je comprends que toutes les séances restent confidentielles pour la thérapeute et pour moi-même, et je m'engage à ne pas enregistrer ni filmer les séances, ni à les poster sur internet ou les réseaux sociaux, ni à tenir des propos diffamatoires quels qu'ils soient.

Chaque séance est pour mon plus grand bien et je m'engage à la traiter avec le plus grand respect. »

Faire précéder vos noms et signature de la mention : Lu et Approuvé

.....

Prénom & Nom

Signature

Date