

Questionnaire santé/souhaits – soin Essénien



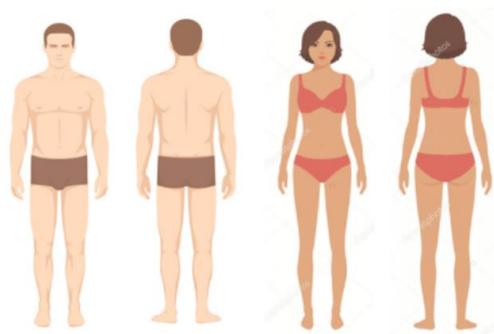
Nom : _____ prénom : _____ âge : _____

Adresse : _____ CP : _____ ville : _____

Portable : _____ courriel : _____

Pour m'assurer du bon déroulé de votre soin, j'ai besoin que vous répondiez sincèrement à quelques questions. Les réponses resteront confidentielles.

- ✓ Avez-vous déjà reçu des soins énergétiques ? **oui / non**
si oui, lesquels :
- ✓ Douleurs physiques particulières ? **oui / non** (mettre une croix sur le schéma ou écrire au besoin)



- ✓ Comment vous sentez-vous intérieurement ?
- ✓ Qu'attendez-vous de cette séance ? Avez-vous un "besoin" particulier, certaines attentes, guérisons, mal-être, émotions ou autres demandes pour ce soin qui vise, en premier lieu, à rétablir l'équilibre émotionnel entre le corps, l'âme et l'esprit... ?
- ✓ Êtes-vous :
 - ♦ enceinte ? **oui / non** en période de menstruations ? **oui / non**
 - ♦ sous traitement médicamenteux ? **oui / non**
 - ♦ allergique à une huile végétale ou huile essentielle ? **oui / non**
si oui, lesquelles :
 - ♦ gêné(e) ou dérangé(e) par l'encens ? **oui / non**
- ✓ Avez-vous :
 - ♦ des contraintes liées aux postures allongé(es) au sol sur le dos ou le ventre ? **oui / non**

- ♦ moyen de contraception : **oui / non** cycles irréguliers/(pré)ménopause : **oui / non**
- ♦ prostate ? **oui / non** infertilité féminine ? **oui / non** fausse-couche/IVG ? **oui / non**
- ♦ endométriose ? **oui / non** cystite ? **oui / non** nodules du sein ? **oui / non**
- ♦ épilepsie ? **oui / non** faiblesse cardiaque ? **oui / non** diabète ? **oui / non**
- ♦ hypertension ? **oui / non** insuffisance rénale ? **oui / non** colopathies ? **oui / non**
- ♦ apnée du sommeil ? **oui / non** asthme ? **oui / non** fibromyalgie ? **oui / non**
- ♦ troubles du sommeil ? **oui / non** thyroïde ? **oui / non** dépendance ? **oui / non**
- ♦ hépatite A/B/C ? **oui / non** bronchite/emphysème ? **oui / non** TOC ? **oui / non**
- ♦ rhumatismes articulaires ? **oui / non** sclérose en plaque ? **oui / non**
- ♦ autre maladie grave ? **oui / non** fatigue physique/mentale ? **oui / non**
- ♦ de la fièvre ? **oui / non** des maux de tête ? **oui / non**
- ♦ des troubles circulatoires (phlébite, varice, lymphangite...) ? **oui / non**
- ♦ subi une intervention chirurgicale de moins de 3 mois ? **oui / non** si oui laquelle :
- ♦ des cicatrices sensibles au toucher ? **oui / non** si oui, où :

✓ Voulez-vous évoquer une pathologie particulière ?

✓ Comment avez-vous entendu parler du cabinet ?

Internet carte de visite flyer bouche à oreille réseau social (lequel)

✓ Si une personne vous a conseillé(e), puis-je avoir ses nom -prénom ?

Après avoir pris connaissance de ce questionnaire, je certifie que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Ce questionnaire est strictement confidentiel.

Fait à :

le :

signature :

Réservé au thérapeute :

Soins effectués :

le :

heure :

durée du soin :

-

-

-

Observations :