|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| AUTORISATION   1. 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 PRATICIEN  Nom : 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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |