**FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET QUESTIONNAIRE PRELIMINAIRE**

[Ce document est strictement confidentiel. Aucune information y figurant ne sera dévoilée, directement ou indirectement, à qui que ce soit, pour quelque motif que ce soit. Je m’engage à préserver le secret professionnel absolu.] Les cases sont à cocher et le formulaire à renvoyer à : contact@mastercom.og

**Nom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Adresse** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Tel** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Lieu de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Etat civil** : marié(e) 󠄕[ ]  divorcé(e) [ ]  célibataire [ ]  veuf/veuve [ ]  vie en couple avec H [ ]  F [ ]  󠄆

Nombre d’enfants : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Problème(s) à éliminer, objectif(s) à atteindre :

Depuis quand êtes-vous conscient de ce problème ?

Pourquoi désirez-vous éliminer ce problème ou atteindre cet objectif ?

Qui ou qu’est-ce qui vous a motivé ?

Avez-vous délibérément décidé, seul, sans contrainte extérieure d’éliminer ce problème ou d’atteindre

cet objectif ? : oui [ ]  non [ ]

**Développez**:

Etes-vous gaucher [ ]  droitier [ ]

Etes-vous : myope [ ]  hypermétrope [ ]  astigmate [ ]

*Rappel : atteint de myopie, on voit moins bien de loin, l’hypermétrope voit moins bien de près. Astigmatisme : imperfection de la sphéricité du cristallin.*

Aimez-vous le froid [ ]  la chaleur [ ]  le soleil [ ]  l'eau [ ]  les oiseaux [ ]  la nature [ ]

la mer [ ]  la montagne [ ]  le jour [ ]  la nuit [ ]  le vent [ ]  la foret [ ]

Autres situations aimées ou détestées

Quelles sont les couleurs que vous aimez ?

...................................................................................................................................................................

Quelles sont les couleurs que vous détestez ?

Avez-vous déjà été hypnotisé (hypnose ou sophrologie) ? oui [ ]  non [ ]

Pendant combien de séances ?

Par quelle technique (description sommaire) ?

...........................................................................................................................................................................

Avez-vous déjà pratiqué la méditation ? oui [ ]  non [ ]

De quel type (avec objet ou sans, méthode Zen, etc.) ?

Avez-vous déjà pratiqué le yoga ou le Qi Gong .... ? oui [ ]  non [ ]

De quel type (méditation sur les chakras, hatha-yoga, technique de souffle, orbite microcosmique, …) ?

Etes-vous épileptique ? oui [ ]  non [ ]

Etes-vous enceinte ? oui [ ]  non [ ]

Avez-vous des problèmes de cœur ? oui [ ]  non [ ]  Portez-vous un pacemaker ? oui [ ]  non [ ]

Avez-vous déjà suivi pour des problèmes psychiatriques tels que schizophrénie, etc. ? oui [ ]  non [ ]

Si oui, à quelle date :

Nom, adresse et téléphone du médecin psychiatre :

Êtes-vous médicalement suivi pour un problème de santé tel que Sida, cancer, ou autre problème important de santé ? oui [ ]  non [ ]  Nom, adresse et téléphone du médecin :

Quelles sont vos croyances et tendances religieuses ou philosophiques (bouddhisme, islam, christianisme…)

Croyez-vous aux vies antérieures ? A la réincarnation ? oui [ ]  non [ ]

Décrivez succinctement ce que Dieu ou un principe supérieur représente pour vous ? (Intelligence suprême sans forme, un Être nous ressemblant physiquement, une lumière, une sensation…)

Avez-vous peur de la mort ? oui [ ]  non [ ]

Pourquoi ?

Avez-vous déjà vécu une expérience « paranormale » : télépathie, voyance, expérience proche de la mort, apparition, expérience mystique, décorporation lors d’une intervention chirurgicale ou lors de la consommation de drogue ou d’alcool ? oui [ ]  non [ ]

Cette expérience fut-elle agréable ? oui [ ]  non [ ]

Décrivez brièvement cette expérience :

Date : …………………….