**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 : …………………….