

Hypno-Addicto

Hypnose / Ritmo ®

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

Ce document est strictement confidentiel.

Aucune information y figurant ne sera dévoilée, directement ou indirectement, à qui que ce soit. Je m'engage à préserver le secret professionnel absolu.

Le formulaire est à renvoyer à : contact@hypno-addicto.fr

Nom :

Prénom :

Adresse :

Tél :

Age :

Marié(e) divorcé(e) célibataire veuf/veuve en couple

Nombre d'enfants :

Problème(s) à solutionner ou objectif(s) à atteindre :

Depuis quand êtes-vous conscient de ce problème ou de cet objectif ?

**Pourquoi désirez-vous solutionner ce problème ou atteindre cet objectif ?
Qu'est-ce qui motive votre démarche ?**

Hypno-Addicto

Hypnose / Ritmo ®

Qu'est-ce qui motive votre décision d'être accompagné vers votre objectif :

Etes-vous suivi pour des problèmes psychiatriques ou autres ? oui non

Nom, adresse et téléphone du médecin psychiatre :

Avez-vous un traitement médical en cours ? oui non

Êtes-vous médicalement suivi pour un problème de santé ? oui non

Nom, adresse et téléphone du médecin :

Date :

Signature :