



Linda Hypnose



0690.642.904
0694.268.200
lhypnose971@gmail.com

*Interventions thérapeutiques
Formations*

Guadeloupe
Martinique
Guyane
La Réunion
Paris
Miami

HYPNO-PREMIER RDV

Vos informations personnelles

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

Téléphone mobile :

Téléphone fixe :

Mail :

Adresse :

Etat civil : marié divorcé célibataire veuf vie en couple avec H F

Questionnaire

1. Nombre d'enfants : _____

2. Problème (s) à éliminer :

Objectif (s) à atteindre :

3. Depuis quand êtes-vous conscient de ce problème ?

4. Pourquoi désirez-vous éliminer ce problème ou atteindre cet objectif ? Qui ou qu'est-ce qui vous a motivé ?

5. Avez-vous délibérément décidé, seul, sans contrainte extérieure d'éliminer ce problème ou d'atteindre cet objectif ? :

OUI

NON

Développez :

6. Êtes-vous :

GAUCHER

DROITIER

7. Êtes-vous :

MYOPE

HYPERMETROPE

ASTIGMATE

RAPPEL :

MYOPIE : On voit moins bien de loin

HYPERMETROPE : On voit moins bien de près

ASTIGMATISME : Imperfection de la sphéricité du cristallin.

8. 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 AIMEES OU DETESTEES
-
-

9. Quelles sont les couleurs que vous aimez ?

10. Quelles sont les couleurs que vous détestez ?

11. Quel est l'aliment que vous détestez ?

12. Quel est l'aliment que vous aimez le plus ?

13. Avez-vous déjà été hypnotisé (*hypnose ou sophrologie*) ? OUI NON

Si OUI :

Pendant combien de séances ? _____

Par quelle technique (description sommaire) ?

14. Avez-vous déjà pratiqué la méditation ? OUI NON

Si OUI : De quel type (*avec objet ou sans, méthode Zen, etc.*) ?

15. Avez-vous déjà pratiqué le yoga ou le Qi Gong ? OUI NON

De quel type (*méditation sur les çakras, hatha-yoga, technique de souffle, orbite ? microcosmique, etc.*) ?

16. Etes-vous épileptique ? OUI NON

17. Etes-vous enceinte ? OUI NON

18. Avez-vous des problèmes de cœur ? OUI NON

Portez-vous un pacemaker ? OUI NON

19. Avez-vous déjà suivi pour des problèmes psychiatriques (*schizophrénie, etc.*) ?

OUI NON

20. Si OUI : A quelle date ? Nom, adresse et téléphone du médecin psychiatre ?

21. Etes-vous médicalement suivi pour un problème de santé ? (*Cancer, Sida, ou autre problème important de santé*) OUI NON

SI OUI : Nom, adresse et téléphone du médecin

22. Quelles sont vos croyances et tendances religieuses ou philosophiques : Bouddhisme, Christianisme, Islam, etc. ?

23. Croyez-vous-en la réincarnation, aux vies antérieures ? OUI NON

Décrivez succinctement ce que Dieu ou un principe supérieur pourrait être :
Intelligence Suprême acorporelle, Etre nous ressemblant physiquement, etc.

24. Avez-vous peur de la mort ? OUI NON

Pourquoi ?

25. Avez-vous déjà vécu une expérience « paranormale » : *télépathie, voyance, expérience proche de la mort, apparition, expérience mystique, décorporation lors d'une intervention chirurgicale ou méditation profonde, ou de la consommation d'une drogue ou d'un médicament, etc. ?* OUI NON

Décrivez l'expérience :

DATE : _____

NOM/PRENOM : _____

SIGNATURE : _____