

Formulaire d'information à propos du client

Nom: (caractère d'imprimerie) _____

Téléphone: (Maison) _____ Cellulaire ou en soirée: _____

Adresse: _____

Courriel: _____

Je consens à recevoir de l'information sur le Reiki par courriel Oui ___ Non ___

Contact d'urgence: _____

Médications et dosages: _____

Avez-vous un médecin de famille? ___ Oui ___ Non

Si oui, quel est son nom? _____

Où avez-vous entendu parler de nous? _____

Avez-vous déjà eu une session de Reiki? ___ Oui ___ Non

Si oui, quand a eu lieu la dernière session? _____

Le nombre de sessions déjà reçues: _____

Avez-vous des inquiétudes particulières à propos de votre santé?

Êtes-vous sensible aux parfums? _____

Êtes-vous sensible au toucher? _____

Je comprends que le Reiki est une technique simple et douce de réduction du stress qui se fait par le transfert d'énergie des mains du thérapeute vers le client. Je comprends que le thérapeute ne fait pas de diagnostic, ne prescrit aucun médicaments, ne donne pas de traitements médicaux ni n'interfère avec les traitements prescrits par un professionnel de la santé. Je comprends également que le Reiki ne remplace aucun soins médicaux. Il m'est recommandé d'obtenir le diagnostic d'un professionnel de la santé. Par contre, le Reiki est un excellent complément à tous soins médicaux ou psychologiques. Je comprends la capacité du corps de se guérir par lui-même, et à cet effet, qu'une complète relaxation est bénéfique. Je reconnais qu'un débalancement à long terme peut nécessiter d'avoir plusieurs sessions dans le but d'atteindre le niveau de relaxation recherché par le corps pour se guérir lui-même.

Signature: _____

Date: _____

Avis de non divulgation:

Aucune information à propos des clients ne sera discutée ni partagée avec une tierce personne sans le consentement écrit du client ou du parent/tuteur si le client a moins de 18 ans.