

ATENDIMENTO FRATERO

Ficha do Paciente

Paciente preencher com LETRA DE FORMA (legível)

Nome:..... Data Nas:/...../..... Idade:.....

Estado Civil:.....Tel Celular:.....Tel Fixo:.....

Email:

Endereço:.....CEP:.....

Bairro:.....Cidade:.....Estado:.....

RG:.....CPF:.....

1. O que te motivou a procurar o CAEB?.....

2. Qual o problema que lhe traz ao tratamento CAEB?.....

3. O que você espera do tratamento no CAEB?.....

4. Você conhece da doutrina espírita? () Não () Sim

5. Você já fez algum tratamento espiritual? () Não () Sim

6. Tem dores de cabeça? () Sim. Quantas vezes por mês?vezes.

7. Usa medicamento controlado? () Não () Sim Qual?

8. Você está tendo acompanhamento médico? () Não () Sim

9. Alguma vez pensou em desistir de viver? () Não () Sim Porque?

10. Tem pressentimentos? () Não () Sim

11. Você vê vultos? () Não () Sim

12. Ouve vozes? () Não () Sim

13. Sente alguém ao seu lado? () Não () Sim

14. Sente arrepios? () Não () Sim

15. Você muda de humor facilmente? () Não () Sim

16. Você tem: () Fibromialgia () Artrite () Artrose () Reumatismo

17. Se for mulher, favor informar se está grávida. () Não () Sim

Aos pacientes com doenças físicas trazer fotocópia do laudo médico, laudo(s) de exame(s) de imagens de seu médico, sendo eles realizado menos de 2 anos (sendo RECENTES).

IMPORTANTE: Não fazemos diagnóstico médico e o acompanhamento com o seu médico deve continuar.

Este documento é um documento sigiloso onde só o Atendente Fraterno e a Direção da Casa tomará conhecimento e encaminhará aos tratamentos da casa.

Declaro estar ciente destas informações: Assinatura: _____ Data ____/____/20____

Nossa Missão: Através do amor obter a CURA. Seja bem-vindo!

ATENDIMENTO FRATERO

Ficha do Paciente

Parte de trás da ficha - deverá ser preenchido pelo Atendente Fraterno

18. Observações:

.....

.....

.....

.....

.....

19. Terapias indicadas:

TERAPIA	Quant.	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data	Data
Atendimento Profissional									
Biomagnética									
Cristal Inca									
Energética									
Genérica									
Grupo Charrua									
Holoterapia									
Meridianoterapia									
Palestras									
Passe de Câmara									
Quântica Planetária									
TM – Terapia Magnética									
Tratamento Físico									
Triagem Caulim									
Triagem Cirurgia									
Universal									
Vibracional									
Zapper									

20. Floral indicado:

Floral 1	Floral 2 (se precisar)

Nome e Assinatura do Atendente Fraterno

Data ____/____/20____