

Questionnaire de santé

Questionnaire préalable à la pratique de la respiration holotropique

La thérapie par la respiration holotropique de Stanislav Grof® peut impliquer des expériences intenses accompagnées d'une forte libération émotionnelle et physique. Cette pratique n'est pas recommandée pour les femmes enceintes, ni pour les personnes souffrant de problèmes cardiovasculaires, de certains troubles psychiatriques diagnostiqués, d'une chirurgie ou d'une fracture récente, d'une maladie infectieuse aiguë, d'épilepsie, d'antécédents d'AVC, d'asthme sévère, de glaucome ou d'une urgence spirituelle active.

Les réponses aux questions suivantes sont destinées à m'aider à préparer notre entretien préalable et resteront strictement confidentielles.

Vos coordonnées

Mme / M. / Autre

Prénom :

Nom :

Adresse :

Code postal :

Ville :

Téléphone :

E-mail :

Profession :

Date de naissance :

Coordonnées d'une personne de confiance

Personne à contacter en cas de nécessité :

Mme / M. / Autre

Prénom :

Nom :

Téléphone :

E-mail :

Votre santé

Avez-vous des antécédents, avez-vous été diagnostiqué ou êtes-vous actuellement confronté à l'une des situations suivantes ?

Maladies cardiovasculaires, hypertension artérielle non régulée	Oui - Non
Accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire, anévrisme connu, crises d'épilepsie ou autres troubles cérébraux ou neurologiques	Oui - Non
Trouble psychiatrique diagnostiqué et traitement éventuel	Oui - Non
Chirurgie récente, ostéoporose sévère	Oui - Non
Maladies infectieuses ou transmissibles présentes ou actuelles	Oui - Non
Glaucome, Décollement de la rétine	Oui - Non
Asthme sévère	Oui - Non

Autres informations

Êtes-vous actuellement enceinte ?	Oui - Non
Suivez-vous actuellement une thérapie ou participez-vous à un groupe de soutien quelconque ?	Oui - Non
Avez-vous déjà fait l'expérience de la Respiration Holotropique ? Dans quelles conditions ? (détailler plus bas)	Oui - Non
Avez-vous déjà vécu des expériences spirituelles difficiles à intégrer ?	Oui - Non
Y a-t-il autre chose concernant votre état physique ou émotionnel dont nous devrions être informés ? (détailler plus bas)	Oui - Non

Informations complémentaires

Merci de partager ici toute information que vous souhaitez porter à ma connaissance :

Votre déclaration

Veuillez lire et valider la déclaration suivante :

☐

Je confirme par la présente que j'ai lu et compris les informations ci-dessus, que j'ai répondu à toutes les questions de manière complète et honnête et que je n'ai dissimulé aucune information. Pour autant que je sache, mon état de santé générale est bon.

Validé le (date) :

Par (Prénom Nom) :

Signature :

