

INFORMATION CLIENT
(CONFIDENTIEL-POUR USAGE DU THÉRAPEUTE SEULEMENT)

Nom _____ courriel _____ Liste d'envoi Oui/Non? _____ Date _____
 Adresse _____ Date de naissance _____
 Ville _____ Code postal _____ Grandeur _____ Poids _____
 tél. : Maison _____ Travail _____ Occupation _____
 Contact Urgence (nom & tél.) _____
 Statut marital _____ # Enfants _____ Ages _____ Référé par _____
 Médecin de famille (nom & tél.) _____
 Thérapeute (nom & tél.) _____
 Raison de la visite (ajouter les détails au verso si nécessaire) _____ Date de commencement _____
 Traitement présent/passé (pour la raison de visite) _____
 Médicaments _____ Suppléments _____
 Thérapies complémentaires _____
 Habitudes alimentaires/diète _____
 Consommation journalière /Eau _____ Cafféine _____ Alcool _____ Cigarette/Tabac _____
 Exercice / routine _____
 Vision _____ Verres/contacts _____ Odorat _____ Oûie _____ Gout _____

SVP indiquer les symptômes ou maladies suivantes : « C » - courant « P » - passé, « CH » – chronique, « O » – occasionnel. Expliquer au besoin.

ÉMOTIONEL/PSYCHOLOGIQUE	NEUROLOGIQUE (type)	RESPIRATOIRE	REPRODUCTIF
Dépression	Épilepsie	Bronchites	MTS (type)
Problème diététique	Étourdissements	Pneumonie/Pleurésie	
Sauts d'humeur	Insomnie	Tuberculose	
Abus de substances	Migraines	DIGESTION	Endométrioses
SYSTÈME IMMUNITAIRE (type)	MUSCULO-SKÉLÉTAL	Constipation (chronique)	Grossesse (# & C)
SIDA/VIH	Arthrite	Diabètes	Fausses Couches (#)
Allergies	Rhumatisme	Diarrhée (chronique)	Avortements (#)
Cancer (type)	Mal de Dos	Gastrites	MALADIES D'ENFANCE
Fatigue	Tunnel Carpésien	Hépatites	Varicelle
Fièvre (chronique)	Goûte	Hypoglycémie	Rougeole
Fibromyalgie	Problèmes de peau (type)	Jaunisse	Rubéole
Champignons (type)	OREILLES/NÉZ/GORGE	Maladie du foie	Oreillons
Herpès (type)	Mal d'oreille (chronique)	Ulcères	Coqueluche
Maladie Lymes	Maux de tête	Gaz	Scarlatine
Mononucléose	Mal de mâchoire	Pancréas	
ENDOCRINE	CARDIO-VASCULAIRE	URINAIRE	AUTRES
Insuffisance Adrénaline	Angine	Infection de la vessie urinaire	
Disfonction pituitaire	Infarctus myocardite	Pierres de reins	
Hyperthyroïdie	Insuffisance cardiaque		
Hypothyroïdie	Haute pression		
	Accident cérébro-vasculaire		

SVP indiquer les blessures passées ou présentes :

SVP indiquer les chirurgies passées ou futures :

SVP indiquer si vous avez subi des traumatismes, et à quel moment de votre vie :

(Ex. Séparation, divorce, dépression, pertes de personnes par la mort ou autre événement important)

Qu'est-ce que vous vous attendez de cette session, aujourd'hui et à long terme:

Quelle est votre relation avec le spirituel : (formation religieuse, pratique courante, développement)

Frères/sœurs _____ Rang dans la famille _____

Relation avec votre mère _____

En enfance _____

Présentement _____

Relation avec votre père _____

En enfance _____

Présentement _____

Général (détails additionnels sur raison de la visite ou autre chose que vous voulez partager avec moi)

Consentement au traitement

SVP prendre un moment pour lire attentivement l'information suivante, et signer le bas de la page.

En tant que thérapeute, je ne fais pas de diagnostic médical, ni de prescription de médicaments. Mon approche est holistique et vous considère comme un être complexe, dynamique et unique – corps et esprit – et je sers de facilitateur dans votre processus de guérison.

Nous allons peut-être explorer ce qui influence votre état de bien-être, tel que votre historique de santé, ce qui cause du stress dans votre vie, vos croyances et attitudes, votre famille et votre enfance, votre diète, exercice et comment vous vous comportez en relation. Tout ce que vous partagez est confidentiel. Par contre, je discute quelques fois de mes clients (sans donner leur nom) avec mon superviseur ou mes collègues pour continuer mon développement professionnel.

La technique de guérison par imposition des mains équilibre et recharge votre champ énergétique et dissout les blocages qui se transforment éventuellement en mal-aise et maladie. Ceci accroît le potentiel d'auto guérison de votre corps. Je travaille en imposant les mains sur votre corps ou en travaillant sur votre champ énergétique au-dessus du corps. J'utilise parfois le son pour dissoudre les blocages. Si, à n'importe quel moment vous ne vous sentez pas à l'aise, c'est votre responsabilité de me le faire savoir. Prendre soin de vous est un aspect très important de votre processus de guérison.

Dû à la nature de ce travail, je vous recommande de ne pas consommer d'alcool les 24 heures suivant le traitement. Je serai heureux de répondre à vos questions sur mes services, et je vous encourage à me faire part de toutes vos questions.

Roland Bérard

J'ai lu et compris l'information ci-haut tel que fournie par Roland Bérard. De plus, je comprends que ses services ne sont pas un service d'examen médical, diagnostic, ni un substitut pour un traitement médical, et que rien de dit ou de fait durant le cours de la session peut être interprété comme tel. Toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction.

Le client reconnaît qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui de soins de thérapie naturelle.

Signature _____

Date _____

Politiques d'annulation, de retard et de chèques retournés

Annulation d'un rendez-vous

Veillez aviser un minimum de 24 heures (préférentiellement 48 heures) à l'avance d'un changement ou annulation de votre rendez-vous. Autrement, le **paiement en entier** de la session sera dû et devra être payé avant de continuer.

Retards

Si vous êtes en retard pour votre rendez-vous, nous utiliserons le temps qui reste ; le **paiement en entier** sera quand même dû.

La durée de la première session est d'environ une heure et quart (1h¼) et les sessions subséquentes sont de 50 minutes.

Si vous croyez que vous avez besoin de plus de temps, il est possible de prendre un rendez-vous plus long à l'avance. Le coût sera ajusté en conséquence.

Chèques retournés

Il y a des frais de \$15 pour les chèques retournés par la banque.

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DANS LE SECTEUR PRIVÉ (LOI 68)

Vous nous avez donné des informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 68, et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans.

CONSENTEMENT

Je consens, d'une façon libre et manifeste, à ce que : **ROLAND BÉRARD**

Consigne dans un dossier tous les renseignements que lui transmettrai, d'une façon écrite, orale, informatisée ou autres, à partir de maintenant.

J'ai lu, compris et je suis d'accord de respecter les politiques d'annulation, de retards et de chèques retournés.

Signature : _____

Date : _____