*Identité*

- **NOM**, prénom :

- Date et lieu de naissance :
- **Adresse**, téléphone,**Mail** :
*nous envoyons un compte rendu après chaque soin par Mail uniquement.*

- Situation de famille :

- Profession et activités principales :

*Problèmes*

- Hospitalisations et maladies antérieures :

- **Maladies actuelles** et traitements :

- **Douleurs** actuelles  :

**- Vacciné** : avec quoi ? et quand ? :

- **Raisons** pour lesquelles vous demandez notre aide (problèmes, souhaits) :

*Evènements choquants vécus :*

- **Accidents**(véhicule, domestique, travail) :

- **Traumatismes** vécus :

- **Décès** qui vous ont affectés :

- **Peurs**personnelles, peurs des autres :

- **Conditionnement** d'enfance :

- **Besoins** excessifs :

- **Allergies** :

- **Dégoûts** ou écoeurements :

- **Inquiétudes** :

- **Déceptions** :

- **Reproches** personnels :