



Questionnaire préparatoire à une séance d'hypnose régressive

Vos coordonnées

Nom : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Courriel :

Téléphone :

Votre profil

1. Quelle est votre date de naissance ? Age :

2. Quelle est votre situation de famille ou votre état civil actuel ?

Célibataire Marié ou Conjoint de fait Séparé ou divorcé

3. Quel métier, quelle occupation ou profession exercez-vous en ce moment ?

.....

4. Sur une échelle de 1 à 5, quel est votre niveau de satisfaction par rapport aux différentes sphères de la vie énumérées ci-dessous ? (1 = bas; 5 = élevé)

•Votre travail; votre carrière ou vie professionnelle..... 1 2 3 4 5

•Votre vie amoureuse..... 1 2 3 4 5

•Vos relations avec votre famille..... 1 2 3 4 5

•Vos relations avec vos amis..... 1 2 3 4 5

•Votre santé physique..... 1 2 3 4 5

•Votre santé mentale..... 1 2 3 4 5

•Votre situation financière..... 1 2 3 4 5

•Vos intérêts et passe-temps (lecture, sports, etc.)..... 1 2 3 4 5

5. Avez-vous déjà connu ou vivez-vous présentement des difficultés au niveau de votre santé physique ou mentale (maladie, dépression, etc.) ?

Oui Non

6. Parmi la liste ci-dessous, y a-t-il un ou des produits que vous consommez sur une base assez régulière (même de manière sociale) ?

Alcool Tabac (cigarette, pipe, cigare, ...) Cannabis/ Marijuana

Autre(s) substance(s) :

Votre cheminement

7. Qu'est-ce qui vous amène à entreprendre cette démarche à ce moment-ci de votre vie ?
Quels sont vos principaux objectifs ? Comment vous est venue l'idée d'une telle démarche ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Avez-vous déjà entrepris une démarche personnelle de travail sur soi avec un thérapeute ou un autre accompagnateur par le passé ?

Oui Non

9. Est-ce que vous vous considérez comme une personne sensible, qui ressent facilement des émotions ? Les exprimez-vous librement ou avez-vous tendance à les retenir ? Est-ce qu'il y a des types d'émotions que vous vivez plus fréquemment ? Si oui, lesquels (colère, joie, honte, paix intérieure, peur, confiance, anxiété, tristesse, culpabilité, etc.) ?

.....
.....
.....
.....
.....

Vos expériences personnelles

10. Cette séance sera-t-elle votre première expérience d'hypnose ?

Oui Non

11. Pratiquez-vous ou avez-vous pratiqué l'une ou l'autre de ces disciplines ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> la relaxation (respiration, etc.) | <input type="checkbox"/> la méditation |
| <input type="checkbox"/> la sophrologie | <input type="checkbox"/> la visualisation |
| <input type="checkbox"/> le yoga | <input type="checkbox"/> le tai-chi ou le chi gong |
| <input type="checkbox"/> les rêves lucides | <input type="checkbox"/> les voyages astraux |
| <input type="checkbox"/> une autre discipline : | |

12. Avez-vous déjà vécu l'une ou l'autre des expériences citées ci-dessous ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> voyage astral ou voyage hors-corps | <input type="checkbox"/> ressenti d'un être cher décédé |
| <input type="checkbox"/> ressenti d'autres présences | <input type="checkbox"/> voyages chamaniques |
| <input type="checkbox"/> prémonitions ou rêves prémonitoires | <input type="checkbox"/> clairvoyance ou clairaudience |
| <input type="checkbox"/> communication avec un guide ou un être de lumière | |
| <input type="checkbox"/> autre expérience (par ex. mort imminente) : | |

13. Êtes-vous enceinte en ce moment ?

Oui Non Question non pertinente

