

QUESTIONNAIRE HYPNOSE

Date de la séance :/...../.....

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Code postal :	Ville :
Téléphone fixe :/...../...../...../.....	Téléphone portable :/...../...../...../.....
Courriel :@.....	
Date de naissance :/...../.....	Situation de famille :
Nombre d'enfants :	Âges :
Adressé(e) par :	
Etat civil : marié(e) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf/veuve <input type="checkbox"/> vie en couple avec H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	

Problème(s) à éliminer, objectif(s) à atteindre :

Depuis quand êtes-vous conscient(e) de ce problème ?

Pourquoi désirez-vous éliminer ce problème ou atteindre cet objectif ?
Qui ou qu'est-ce qui vous a motivé ?

Informations qu'il vous semble nécessaire de porter à ma connaissance pour la bonne compréhension de votre problème (n'hésitez pas à poursuivre le texte hors du cadre !):