

Questionnaire de santé pour la méthode Grof® Holotropic Breathwork

La thérapie par la respiration holotropique de Stanislav Grof® peut impliquer des expériences intenses accompagnées d'une forte libération émotionnelle et physique. Cet atelier n'est pas recommandé 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.

Si vous avez le moindre doute quant à votre participation, il est essentiel que vous consultiez votre médecin avant d'y assister.

Les réponses aux questions suivantes sont destinées à aider vos thérapeutes et resteront strictement confidentielles.

Veuillez répondre à toutes les questions de la manière la plus complète possible, en ajoutant des informations supplémentaires à la fin du formulaire si besoin, puis dater et signer.

Nom et prénom : _____ Age : _____

Avez-vous des antécédents, avez-vous été diagnostiqué ou êtes-vous actuellement confronté à l'une des situations suivantes ?	Oui	Non
Maladies cardiovasculaires, Hypertension artérielle non régulée		
Accidents vasculaires cérébraux, accident ischémique transitoire, anévrisme connu, crises d'épilepsie ou autres troubles cérébraux ou neurologiques		
Trouble psychiatrique diagnostiqué et traitement éventuel		
Chirurgie récente, ostéoporose sévère		
Maladies infectieuses ou transmissibles présentes ou actuelles		
Glaucome, Décollement de la rétine		
Asthme sévère		
Autre information : Êtes-vous actuellement enceinte ?		
Y a-t-il autre chose concernant votre état physique dont nous devrions être informés ? Précisez ici :		

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.

Date

Nom

Signature

Merci d'imprimer et de remplir ce questionnaire, puis de me l'envoyer scanné (ou photo) à gwenaellepersiaux@gmail.com