*FICHE SIGNALETIQUE PATIENT*

Prescripteur

Prénom et Nom:

Date de naissance et Age:

Adresse:

Téléphone:

Mail:

Historique familial :

Père

Mère

Etat de santé physique général :

Etat de santé psychologique et mental :

Etat de santé spirituel :

Pathologies chroniques:

Opérations subies:

Situation familiale:

Situation personnelle:

Situation professionnelle:

Historique de l’enfance:

Traumatismes

Etat de satisfaction de la vie actuelle:

Objectif de vie:

Mission de vie:

Démarches de santé entreprises:

Expérience de transe:

Objectif de la séance :

Objectifs futurs à travailler :