



# Formulaire de consultation

## Informations sur le client et consentement

Nom

### **Bienvenue chez Quantum Coaching A WISH LINK !**

Votre voyage vers la découverte de soi et la croissance commence ici. Veuillez prendre un moment pour remplir ce formulaire avant notre première rencontre. Vos réponses m'aideront à mieux comprendre vos besoins et à adapter nos séances pour soutenir vos objectifs uniques.

Date de Naissance

Profession

Adresse

État civil

Enfants

Téléphone

E-mail

### **HISTORIQUE**

**Oui Non**

1. Avez-vous déjà pratiqué une forme quelconque de technique de relaxation ou de pratique de développement personnel ?  Oui  Non
2. Avez-vous une addiction ?  Oui  Non
3. Etes-vous sous la supervision d'un Médecin / Psychothérapeute / Autres  Oui  Non
4. Prenez-vous des médicaments ou des suppléments ?  Oui  Non
5. Avez-vous reçu un diagnostic de l'une des conditions suivantes :
  - TDAH (trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité)  Oui  Non
  - SSPT (trouble des symptômes post-traumatiques)  Oui  Non
  - Manipulation mentale  Oui  Non
  - Hypochondrie  Oui  Non
  - Dépression  Oui  Non
  - Trouble bipolaire  Oui  Non
  - Troubles de l'alimentation (tels que l'anorexie mentale, la boulimie mentale)  Oui  Non
  - Troubles liés à l'usage de substances  Oui  Non
  - N'hésitez pas à inclure toute autre condition ou préoccupation spécifique que vous jugez pertinente pour comprendre les antécédents de santé mentale du client.  Oui  Non



# Formulaire de consultation

## Informations sur le client et consentement

### HISTORIQUE

1. Quels défis ou obstacles aimeriez-vous surmonter et quels objectifs spécifiques souhaitez-vous atteindre grâce à nos séances de coaching ?
2. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Si oui, fournissez des détails.
3. Avez-vous déjà exploré des techniques de relaxation ou de développement personnel ? Si oui, lesquels avez-vous essayé ?
4. Avez-vous déjà pratiqué la méditation, l'hypnose ou la sophrologie ? Si oui, veuillez préciser le type ou la méthode (ex. : méditation zen).
5. Avez-vous des traces physiques ou psychologiques persistantes de maladies ou d'accidents passés ? Si oui, veuillez préciser.
6. Avez-vous ressenti des étourdissements, des évanouissements ou une perte de conscience au cours des 12 derniers mois ? Si oui, veuillez décrire les circonstances.
7. Quelles sont vos plus grandes craintes ou préoccupations ? À l'inverse, quelles situations trouvez-vous les plus agréables ou épanouissantes ?
8. Quels talents possédez-vous ? Les connaissez-vous et pouvez-vous partager quelques exemples ?
9. Êtes-vous aux prises avec des dépendances (par exemple, cigarettes, drogues, alcool) ? Si oui, veuillez préciser.
10. Y a-t-il autre chose que vous aimeriez partager ou discuter avant notre première session ?

### MERCI DE RÉPONDRE CI-DESSOUS....



# Formulaire de consultation

## Informations sur le client et consentement

Nom

**Je suis conscient qu'il est de mon devoir de soumettre des informations authentiques.**

Date

Signature