

Formulaire de renseignements sur le client de l'Association canadienne de Reiki

Je comprends que le Reiki est une technique pour la réduction du stress et pour la détente. Je reconnais que les séances sont données dans le seul but de m'aider à me détendre et à me soulager du stress. Les praticiens de Reiki ne font pas de diagnostic, ne prescrivent pas, ne donnent pas des traitements médicaux, ni n'interfèrent avec le traitement d'un professionnel médical autorisé. Il est recommandé que je consulte un médecin ou un professionnel de la santé autorisé pour toute maladie physique ou psychologique ou pour tout état dont je pourrais souffrir.

Je comprends également que le corps a la capacité d'auto-guérison et que, de ce fait, une détente totale est souvent bénéfique. Lorsque des déséquilibres se sont développés sur une longue période de temps, plusieurs séances afin de permettre au corps d'atteindre le niveau de détente nécessaire pour rééquilibrer le système. Je comprends et je crois qu'une amélioration personnelle exige un engagement de ma part et que je dois avoir la volonté de changer d'une façon positive afin de tirer le plus grand profit du Reiki.

Je reconnais mon engagement envers mon processus d'amélioration personnelle. Je reconnais qu'un programme de séances de Reiki doit être suivi pour être véritablement efficace, tout comme un médicament sur ordonnance est seulement efficace s'il est pris conformément aux directives.

Signé _____ Date _____

Nom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Ville _____ Code postal _____

N° de téléphone : _____ Courriel (facultatif) _____

Nom du médecin _____ N° de téléphone _____

Prenez-vous actuellement des médicaments ? Oui ___ Non ___

Si oui, quelles sont les raisons pour lesquelles vous prenez des médicaments (par exemple : cœur, pression artérielle, etc.)? _____

Êtes-vous actuellement soigné par votre médecin de famille ou par votre spécialiste ? Oui ___ Non ___

Si oui, veuillez détailler _____

Recevez-vous actuellement d'autres traitements parallèles ? Oui ___ Non ___

Si oui, quel type, par exemple : Homéopathie, acuponcture, etc. ? _____

Souffrez-vous ou avez-vous souffert de convulsions, quelles qu'elles soient ? Oui ___ Non ___

Si oui, veuillez détailler _____

Acceptez-vous d'être touché de façon « appropriée » pendant la séance de Reiki ou préférez-vous ne pas être touché du tout ?

J'accepte d'être touché ___ Je préfère ne pas être touché ___

Être touché de façon inappropriée de quelque sorte que ce soit par le praticien de Reiki ou le client constitue une infraction du code de déontologie du Reiki

Avez-vous des préoccupations dont vous souhaitez discuter avant que la séance de Reiki débute ? Oui ___ Non ___

Rapport de la séance de Reiki sur le client :

M^{me}/M. _____

Date de la séance : _____ **Durée de la séance :** _____

Honoraires de la séance : _____

Commentaires et observations

Date de la séance : _____ **Durée de la séance :** _____

Honoraires de la séance : _____

Commentaires et observations

Date de la séance : _____ **Durée de la séance :** _____

Honoraires de la séance : _____

Commentaires et observations
