

## 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<sup>me</sup>/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**

---

---

---

---

---