

FORMULARZ – ODDYCHANIE INTEGRATYWNE (OI)

Wszystkie informacje udzielone przez Ciebie w tym formularzu, jak i podczas warsztatu są poufne i objęte tajemnicą terapeutyczną. Służą zapewnieniu Ci jak najlepszej opieki i bezpieczeństwa podczas seansu.

- **Imię i nazwisko:**
- **Pesel:**
- **Zawód wykonywany:**
- **Numer telefonu:**
- **E-mail:**
- **Udział w warsztatach OI w terminie:**

Motywacja do udziału w OI:

1. RODZICE

Ojciec, matka, rodzeństwo – kim są, jak ich postrzegasz, jakie cechy w nich widzisz. Wasze wzajemne relacje, więzi emocjonalne. Rodzeństwo – ich dzieci, relacje.

2. CHOROBY W RODZINIE

Poważniejsze choroby wewnętrzne i neurologiczne.

3. TWOJA HISTORIA

Gdzie się wychowywałaś/wychowywałeś. Relacje rodziców (np. rozwód), przebieg Twojego porodu, żłobek, wiek przedszkolny, szkolne lata, szkoła średnia, stosunek do nauki, relacja z rówieśnikami, relacje na studiach, wykształcenie, zatrudnienie.

4. **ŻYCIE SEKSUALNE**

Kobiety – miesiączki, ciąża, kolejne związki, relacje na początku i na końcu związków.

Mężczyźni – pierwsze zainteresowanie seksualne (wiek), kolejne związki, relacje na początku i na końcu związków.

a. **małżeństwa** – początek, relacje, konflikty, nieporozumienia, dzieci

b. **trauma seksualna** – kobiety – problemy ginekologiczne, mężczyźni – problemy z seksem

5. **URAZY FIZYCZNE (w przeszłości)**

Jakie i kiedy zaszły.

6. **UZALEŻNIENIA**

Narkotyki, alkohol, inne.

7. HOBBY

8. JAK OCENIASZ SAM SIEBIE

9. SYTUACJA FINASOWA

**KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY
DLA UCZESTNIKÓW ODDYCHANIA INTEGRATYWNEGO**

Zaznacz choroby, na które chorujesz lub chorowałeś/chorowałaś

▪ Choroby mięśnia sercowego	TAK	NIE
▪ Choroby naczyniowe (tętniaki)	TAK	NIE
▪ Regularne bóle głowy/migreny	TAK	NIE
▪ Wrzody żołądka	TAK	NIE
jeśli tak, to jaka faza przebiegu choroby:		
▪ Cukrzyca	TAK	NIE
▪ Żylaki	TAK	NIE
▪ Zapalenie woreczka żółciowego	TAK	NIE
▪ Napady padaczki (epilepsia, narkolepsia, duszności)	TAK	NIE
▪ Operacje mózgu	TAK	NIE
▪ Nadciśnienie tętnicze	TAK	NIE
▪ Choroby psychiczne	TAK	NIE
▪ Przebyte operacje	TAK	NIE
▪ Świeże urazy, złamania, zwichnięcia	TAK	NIE
▪ Choroby zakaźne	TAK	NIE
▪ Jaskra	TAK	NIE
▪ Oderwana siatkówka	TAK	NIE
▪ Osteoporoza	TAK	NIE
▪ Astma	TAK	NIE
▪ Powikłania ciąży	TAK	NIE
▪ Niedawna hospitalizacja	TAK	NIE
▪ Opieka psychiatryczna	TAK	NIE
▪ Uczestniczyłeś/uczestniczyłaś lub uczestniczysz w terapii?	TAK	NIE
▪ Stosujesz obecnie jakieś leki?	TAK	NIE
jeżeli tak, to jakie leki:		
▪ Próby samobójcze. Myśli samobójcze	TAK	NIE
▪ Stwardnienie rozsiane	TAK	NIE

Inne informacje dotyczące Twojego stanu fizycznego i psychicznego – podaj, proszę na drugiej stronie formularza.

Podpisując się, potwierdzasz, że przeczytałeś i zrozumiałeś powyższe informacje i są one zgodne z prawdą i rzeczywistością. Jesteś w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej oraz nie jesteś świadomy innych poważnych okoliczności, które uniemożliwiłyby Ci udział w Oddychaniu Integrowanym. Potwierdzasz również, że 10 dni przed i po warsztatach nie będziesz pod wpływem substancji psychoaktywnych i narkotyków.

Data:

Podpis:

W razie jakichkolwiek pytań bądź niejasności proszę o kontakt z prowadzącymi.