

# ESTÁGIO HIPNOSE CLÍNICA

Data:	____/____/____	Detalhes:					
Nome:				Apelido:			
Endereço:							
Cidade:			Estado:	CEP:			
Telefone:			Celular:			CPF:	
Data Nasc.:	____/____/____	Sexo:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Estado Civil:			Nº de Filhos:
E-mail:				Website:			
Médico que encaminhou: (se houver)							
Profissão:				Religião:			
País:			Nº Irmãos:				
Informação específica sobre família, infância, adolescência, casamento, relações, sexualidade:							
Problemas com álcool/drogas?		<input type="checkbox"/> Sim. O quê?/Quanto?/Por quê? _____				<input type="checkbox"/> Não	
Fuma?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Sono/Relaxamento:	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Mau	
Como ficou sabendo de nós?							
Já passou por alguma experiência com a Hipnose?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quem?			
Motivo:							
Você acredita que já entrou em Hipnose?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei			
Por quê?							

## ANAMNESE

Recebeu acompanhamento médico no último ano?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Nome do Médico:		
Se sim, informe o motivo:					
Já fez tratamento por algum problema emocional?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Se sim, está recebendo tratamento atualmente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
Já teve alguma doença prolongada?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quando?		
Se sim, informe o motivo:					
Já teve problemas cardíacos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?		
É diabético?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Tipo?		
Ocorrência de epilepsia?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Quando?		
Toma algum medicamento?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual?		
Informe o motivo Para medicação:					

Motivos para buscar ajuda com a hipnose:	1. _____		
	2. _____		
	3. _____		
	4. _____		
	Algum esforço anterior para resolver o problema? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Qual seria a pior coisa que poderia acontecer se seu problema/sintoma desaparecesse?			
Atualmente está recebendo tratamento médico ou psicológico para o problema acima?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Onde?
Nome do médico ou terapeuta:			
Tem alguma pergunta sobre hipnose? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Se sim, qual?			
Autorizo contato por e-mail e WhatsApp (para fins de acompanhamento e controle de qualidade)	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	

- Declaro que todas as informações estão corretas e que fui devidamente informado sobre a hipnose.
- Permito que o hipnoterapeuta \_\_\_\_\_ execute esta terapia conforme informado. Todas informações do cliente e da terapia são confidenciais.
- Um hipnoterapeuta não faz diagnósticos sobre doenças e nem promete cura, portanto, no meu caso, isso não aconteceu.
- A consulta com um hipnoterapeuta não substitui a orientação ou tratamento médico. O hipnoterapeuta \_\_\_\_\_ não me desencorajou, de qualquer forma, a buscar (ou continuar com) orientação ou acompanhamento médico ou de outro profissional. Também não me aconselhou a tomar ou reduzir qualquer medicação sem a permissão expressa de um médico.
- Em geral, o hipnoterapeuta \_\_\_\_\_ trabalha no fortalecimento da minha saúde e na estimulação das minhas capacidades naturais de autocura.

Observações:

- Descarte chicletes e balas antes da sessão.
- Se estiver usando lentes de contato rígidas, por favor, as remova, pois elas interferem na sua capacidade de relaxar.
- Se necessário, vá ao banheiro antes de iniciar a sessão.
- Mantenha o celular desligado durante toda a sessão.
- O hipnoterapeuta poderá solicitar a gravação da sessão. O vídeo será divulgado apenas para os terapeutas participantes do projeto do estágio para fins de estudo e avaliação dos casos. O cliente será informado previamente.

\_\_\_\_\_  
Assinatura