

Lettre d'informations clients

Votre professionnel de l'hypnose et des thérapies brèves PNL vous accompagne vers le mieux-être et le bien-être. Il ne fait pas partie du corps médical.

Il ne peut intervenir dans vos prescriptions médicales ni réaliser aucun acte médical.

En cas de symptômes de maladie, consultez un médecin.

A compléter par le client :

Je soussigné(e)

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE :

en ma qualité de client,

ou de représentant légal ou tuteur de :

NOM :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE :

- déclare avoir été parfaitement informé par que :

1/ dans le cas où je souffre de certaines pathologies, médicalement diagnostiquées, la thérapies brèves PNL à visée de bien-être n'est adaptée pour m'apporter du mieux être que si mon état est stabilisé et généralement dans un cadre pluridisciplinaire : je dois alors préalablement consulter mon médecin psychiatre afin qu'il puisse évaluer la pertinence du recours à des séances d'hypnothérapie à visée de bien-être et le cas échéant me rédiger une prescription médicale. Les pathologies concernées sont : Psychoses (schizophrénies, psychoses hallucinatoires chroniques, bouffées délirantes aiguës, psychose puerpérale...), Etats limites, TOC sévères, Troubles Bipolaires, Dépression grave, Mélancolie, Troubles sévères du comportement liés notamment aux addictions aux produits (alcool, drogues dures, médicaments...), aux addictions comportementales et aux troubles du comportement alimentaire, Troubles Dissociatifs de l'Identité, dysphorie de genre. En cas de risques suicidaires, je dois consulter immédiatement et uniquement les services d'urgences psychiatriques ou un médecin.

2/ que si un traitement médical m'a été prescrit, je dois poursuivre ce traitement en informant le médecin qui me l'a prescrit que j'envisage de suivre une thérapies brèves PNL, afin que ce médecin puisse donner son avis sur le recours à l'état de transe légère au cours de l'accompagnement et éventuellement modifier le traitement.

3/ des conditions tarifaires des séances

4/ de mes droits concernant la protection de mes données personnelles et conformément au Règlement Général sur la Protection des Données, je dispose d'un droit d'accès, de modification et de suppression de ses données du droit de saisir la CNIL sur la protection de vos données personnelles.

J'ai compris l'ensemble des informations qui m'ont été délivrées et j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à leur bonne compréhension. J'ai compris les réponses qui m'ont été apportées.

Je n'ai pas été contraint, ni influencé pour décider de suivre les séances d'accompagnement en thérapies brèves PNL à visée de bien-être. Je m'estime suffisamment éclairé(e) pour prendre une décision en toute connaissance de cause et choisis de réaliser un accompagnement en thérapies brèves PNL à visée de bien-être.

Je suis informé(e) qu'à tout moment je peux interrompre la séance ou le suivi des séances.

Fait à : le:/...../.....

Signature :