

**INFORMATION CLIENT  
(CONFIDENTIEL-POUR USAGE DU THÉRAPEUTE SEULEMENT)**

Nom \_\_\_\_\_ courriel \_\_\_\_\_ Liste d'envoi Oui/Non? \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
 Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Grandeur \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_  
 tél. : Maison \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_  
 Contact Urgence (nom & tél.) \_\_\_\_\_  
 Statut marital \_\_\_\_\_ # Enfants \_\_\_\_\_ Ages \_\_\_\_\_ Référé par \_\_\_\_\_  
 Médecin de famille (nom & tél.) \_\_\_\_\_  
 Thérapeute (nom & tél.) \_\_\_\_\_  
 Raison de la visite (ajouter les détails au verso si nécessaire) \_\_\_\_\_ Date de commencement \_\_\_\_\_  
 Traitement présent/passé (pour la raison de visite) \_\_\_\_\_  
 Médicaments \_\_\_\_\_ Suppléments \_\_\_\_\_  
 Thérapies complémentaires \_\_\_\_\_  
 Habitudes alimentaires/diète \_\_\_\_\_  
 Consommation journalière /Eau \_\_\_\_\_ Cafféine \_\_\_\_\_ Alcool \_\_\_\_\_ Cigarette/Tabac \_\_\_\_\_  
 Exercice / routine \_\_\_\_\_  
 Vision \_\_\_\_\_ Verres/contacts \_\_\_\_\_ Odorat \_\_\_\_\_ Oûie \_\_\_\_\_ Gout \_\_\_\_\_

**SVP indiquer les symptômes ou maladies suivantes : « C » - courant « P » - passé, « CH » – chronique, « O » – occasionnel. Expliquer au besoin.**

ÉMOTIONEL/PSYCHOLOGIQUE	NEUROLOGIQUE (type)	RESPIRATOIRE	REPRODUCTIF
Dépression	Épilepsie	Bronchites	MTS (type)
Problème diététique	Étourdissements	Pneumonie/Pleurésie	
Sauts d'humeur	Insomnie	Tuberculose	
Abus de substances	Migraines	<b>DIGESTION</b>	Endométrioses
<b>SYSTÈME IMMUNITAIRE (type)</b>	<b>MUSCULO-SKÉLÉTAL</b>	Constipation (chronique)	Grossesses (# & C)
SIDA/VIH	Arthrite	Diabète	Fausse Couches (#)
Allergies	Rhumatisme	Diarrhée (chronique)	Avortements (#)
Cancer (type)	Mal de Dos	Gastrites	<b>MALADIES D'ENFANCE</b>
Fatigue	Tunnel Carpien	Hépatites	Varicelle
Fièvre (chronique)	Goûte	Hypoglycémie	Rougeole
Fibromyalgie	Problèmes de peau (type)	Jaunisse	Rubéole
Champignons (type)	<b>OREILLES/NÉZ/GORGE</b>	Maladie du foie	Oreillons
Herpès (type)	Mal d'oreille (chronique)	Ulcères	Coqueluche
Maladie Lymes	Maux de tête	Gaz	Scarlatine
Mononucléose	Mal de mâchoire	Pancréas	
<b>ENDOCRINE</b>	<b>CARDIO-VASCULAIRE</b>	<b>URINAIRE</b>	<b>AUTRES</b>
Insuffisance Adrénaline	Angine	Infection de la vessie urinaire	
Disfonction pituitaire	Infarctus myocardite	Pierres de reins	
Hyperthyroïdie	Insuffisance cardiaque		
Hypothyroïdie	Haute pression		
	Accident cérébro-vasculaire		

SVP indiquer les blessures passées ou présentes :

---

---

---

---

SVP indiquer les chirurgies passées ou futures :

---

---

---

---

SVP indiquer si vous avez subi des traumatismes, et à quel moment de votre vie :

(Ex. Séparation, divorce, dépression, pertes de personnes par la mort ou autre événement important)

---

---

---

---

Qu'est-ce que vous vous attendez de cette session, aujourd'hui et à long terme:

---

---

---

---

Quelle est votre relation avec le spirituel : (formation religieuse, pratique courante, développement)

---

---

---

---

Frères/sœurs \_\_\_\_\_ Rang dans la famille \_\_\_\_\_

Relation avec votre mère

En enfance \_\_\_\_\_

Présentement \_\_\_\_\_

Relation avec votre père

En enfance \_\_\_\_\_

Présentement \_\_\_\_\_

**Général** (détails additionnels sur raison de la visite ou autre chose que vous voulez partager avec moi)

---

---

---

---

## Consentement au traitement

Bienvenue à ma pratique. Ce document contient de l'information importante sur mon approche et mes politiques. Veuillez SVP le lire attentivement et notez les questions que vous voudrez discuter avec moi. Ensuite, signez au bas de la page pour signaler que vous êtes d'accord avec le contenu. Je suis heureux de pouvoir travailler avec vous.

En tant que thérapeute, je ne fais pas de diagnostic médical, ni de prescription de médicaments. Mon approche est holistique et vous considère comme un être complexe, dynamique et unique – corps et esprit – et je sers de facilitateur dans votre processus de guérison.

Mon approche est de travailler avec le corps et le champ énergétique, ainsi que la conscience associée aux causes des déséquilibres. Je travaille directement avec le champ énergétique and par le corps pour amener le la conscience au raison sous jacentes, souvent inconscientes, qui créent des blocages afin de se sentir en sécurité, mais qui vous empêchent de jouir pleinement de la vie et d'être dans votre essence pur. Notre but est de libérer ces blocages afin que vous puissiez être pleinement vous-même et être bien. Le travail est collaboratif et exige un engagement de votre part d'être curieux et de vous étudier en travaillant ensemble.

Nous allons peut-être explorer ce qui influence votre état de bien-être, tel que votre historique de santé, ce qui cause du stress dans votre vie, vos croyances et attitudes, votre famille et votre enfance, votre diète, exercice et vos relations.

La technique de guérison par imposition des mains équilibre et recharge votre champ énergétique et dissout les blocages qui se transforment éventuellement en malaise et maladie.

Je travaille en imposant les mains sur votre corps par le touché ou en travaillant sur votre champ énergétique au-dessus du corps. J'utilise parfois le son pour dissoudre les blocages. Si, à n'importe quel moment vous ne vous sentez pas à l'aise, c'est votre responsabilité de me le faire savoir. Prendre soin de vous est un aspect très important de votre processus de guérison.

Soyez conscient que ce travail peut faire émerger des émotions fortes. Dû à la nature de ce travail, veuillez ne pas vous présenter sous l'influence de l'alcool et je vous recommande de ne pas consommer d'alcool les 24 heures suivant le traitement.

### Confidentialité

Tout ce que vous partagez est confidentiel. Par contre, je discute quelques fois de mes clients (sans les identifier) avec mon superviseur ou mes collègues pour continuer mon développement professionnel.

Selon la loi, la confidentialité ne sera pas respectée dans les cas suivants :

- Si vous présenté un danger pour vous-même;
- Si vous présenté un danger imminent pour une autre personne;
- Si il y a raison de croire qu'il y a abus ou négligence d'un enfant ou d'une personne âgée.

### Téléphone et courriel électronique

J'essaie de répondre à mes appels aussitôt que je suis disponible pour le faire.

Le téléphone et le courriel électronique ne sont pas les meilleures façons de soutenir les enjeux ou les émotions qui peuvent émerger lors d'une session. Je considère sacré toute correspondance et toute appel de votre part. Je vais lire les courriels que vous m'adressez, mais je ne répondrai pas nécessairement. Je ne consulte pas par courriel à moins que nous ayons fait un arrangement pour ce faire.

Soyez conscient que les courriels ne sont pas confidentiels et qu'ils peuvent être interceptés sur internet. Je ne peux être responsable si les informations contenues dans les échanges de courriels deviennent publiques.

Les conversations téléphoniques durant plus de 10 minutes seront facturées comme une demie session et ceux de plus de 30 minutes seront facturées comme une session complète.

### **Annulation d'un rendez-vous**

Veillez aviser un minimum de 24 heures (préférentiellement 48 heures) à l'avance d'un changement ou annulation de votre rendez-vous. Sinon, le **paiement en entier** de la session sera dû et devra être payé avant de continuer. Il se pourrait que j'accorde une exception pour maladie ou les intempéries qui feraient en sorte que le voyage pour s'y rendre soit dangereux. Rappelez-vous que dans ces cas, il est toujours possible de travailler à distance par téléphone ou par Skype.

### **Retards**

Si vous êtes en retard pour votre rendez-vous, nous utiliserons le temps qui reste; le **paiement en entier** sera quand même dû.

La durée de la première session est d'environ une heure (1h) et les sessions subséquentes sont de 50 minutes. Si vous croyez que vous avez besoin de plus de temps, il est possible de prendre un rendez-vous plus long à l'avance. Le coût sera ajusté en conséquence.

### **Paiements**

Les paiements sont dus à la fin de chaque session et peuvent être faits au bureau par chèque ou en argent comptant. Il est possible de faire les paiements à l'avance sur mon site en utilisant Interac ou Paypal.

### **Chèques retournés par l'institution financière**

Il y a des frais de \$15 applicable aux chèques retournés par votre institution financière.

### **Dispositions relatives à la loi sur la protection des renseignements personnels (loi 68)**

Vous nous avez fait part d'informations relatives à votre dossier personnel. Suite à l'entrée en vigueur de la Loi 68, et à moins d'avis contraire de votre part, nous considérons que vous consentez ainsi à ce que nous consignions dans un dossier tous les renseignements que vous nous avez transmis ou nous transmettez, verbalement ou par écrit. Également, à moins d'avis contraire de votre part par lettre enregistrée, nous considérons que votre consentement sera valide pour une période de cinq (5) ans. Toutes informations données peuvent être inscrites au dossier.

### **Questions**

Je serai heureux de répondre à toute question de votre part et je vous encourage à partager vos inquiétudes par rapport à ce travail.

### **Consentement et limite de ma pratique**

J'ai lu et compris l'information présenté ici par Roland Bérard. Je comprends de plus que ses services ne constituent pas de la psychothérapie, un examen ou diagnostique médical ni un substitut pour un traitement médical, et que rien qui est dit durant la session devrait être interprété comme tel. Toutes mes questions ont été répondues à ma satisfaction.

J'accepte que M. Bérard fasse la lecture de mon champ énergétique à distance avant les traitements. Le client reconnaît qu'il s'est présenté sous son vrai nom, de bonne foi et pour nul autre motif que celui de soins de thérapie naturelle.

**Signature :** \_\_\_\_\_

**Date :** \_\_\_\_\_