

1. Informations générales

- Nom : _____ Prénom : _____
- Date de naissance : _____ Âge : _____ Heure : _____
- Sexe : ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre
- Profession : _____
- _____
- Téléphone : _____ Email : _____
- Comment avez-vous connu le cabinet ?
☐ Recommandation ☐ Internet ☐ Réseaux sociaux ☐ Autre : _____
- Pacemaker : ☐ Oui ☐ Non - Implant électronique actif : ☐ Oui ☐ Non
- Grossesse : ☐ Oui ☐ Non
- Avez-vous déjà été accompagné(e) par un thérapeute, psychologue, autre ? ☐ Oui ☐ Non
et pourquoi : _____

2. Motif de votre venue

- - Raison(s) principale(s) : _____
- _____
- - Si déséquilibres : depuis combien de temps ressentez-vous cela ? _____
- Y a-t-il eu un événement déclencheur (maladie, stress, deuil, choc émotionnel, séparation, changement de vie, déménagement, etc.) ? _____

- Antécédents médicaux connus :
(migraines, douleurs physiques ou chroniques, fibromyalgie, addictions, hospitalisation, infections, chirurgies, accidents, trauma physique ou émotionnel, hypertension, acouphènes, pathologies importantes...)
- Antécédents familiaux de maladies (maladie héréditaire, cancer, diabète, etc) :
- Suivez-vous actuellement un traitement médical ou psychologique ?
☐ Oui lequel(s) ☐ Non

3. État général ressenti (notez de 0 à 10) ou OUI/NON

- Stress : / état d'alerte constant : /
- Sensation épuisement : / Baisse de moral : / Colère : /
- Manque de confiance en soi : / en la vie : / en autrui : /
- Anxiété : / Irritabilité : / Sensation de panique : /
- Manque de souplesse corporelle : / Peur du changement : /
- Sensation de panique : /
- Migraine, ruminations mentales : /
- Douleurs chroniques : / Blocages, tensions musculaires : / articulations : /
- Acouphènes : /
- Manque d'ancrage : / Difficultés à faire des choix : /
- Difficultés de concentration : / Pb de Mémorisation : /
- Apathie : / ras le bol général : /
- Perte de sens, crise existentielle : /
- Autres : /

4. Mode de vie

A. Alimentation

- Type d'alimentation :
☐ de tout ☐ Végétarien(ne) ☐ Vegan ☐ Intolérance
-
- Nombre de repas/jour : ☐ matin ☐ midi ☐ soir
-
- Grignotage : ☐ Oui ☐ Non ☐ sucré / salé ?
-
- Produits consommés régulièrement :
☐ Sucre ☐ Fritures ☐ Produits transformés ☐ Laitages ☐ Gluten
-
- Sensibilité digestive :
☐ Ballonnements : à quels moments :
☐ Lourdeurs à quels moments
☐ Reflux à quels moments

☐ Transit régulier irrégulier
- ☐ AUTRES
- Comment décririez-vous votre relation à la nourriture ?
-
- Allergies connues : alimentaires médicamenteuses environnementales

B. Hydratation

- Eau quotidienne (L) :
- Type d'eau : ☐ Robinet ☐ Minérale ☐ Filtrée

C. Sommeil

- Heure de coucher : Heure de lever :
- Difficultés : ☐ Endormissement ☐ Réveils ☐ Cauchemars ☐ Fatigue matinale

Autres infos :

D. Activité physique

- Activités pratiquées :
- Fréquence : ☐ Quotidienne ☐ 2–3x/semaine ☐ Occasionnelle ☐ Rare
- Niveau de récupération après effort :
☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Difficile

E. Habitudes

- Café / thé : combien par jour :
- Alcool : ☐ Occasionnel ☐ Régulier ☐ Rare
- Tabac : ☐ Oui ☐ Non Autres :

5. État émotionnel

- Ressentez-vous actuellement :
☐ Anxiété/ inquiétude ☐ Stress ☐ Irritabilité ☐ Tristesse/mélancolie
☐ Agitation ☐ Fatigue nerveuse/ émotionnelle ☐ Colère ☐ Ruminations
☐ Difficultés à gérer ses émotions ☐ Peur/ insécurité : ☐ Manque de motivation
- ☐ Pensées répétitives ? /ruminantes ? ☐ Sensation de vide
- Sources principales de stress :
☐ Travail ☐ Famille ☐ Couple ☐ Finances ☐ Santé ☐ Autre :
-
- Avez-vous du mal à gérer ou exprimer vos émotions ?
☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non

6. Ressenti corporel

Zones de tension ou inconfort :

- ☐ Nuque / épaules ☐ Dos ☐ Lombaires ☐ Articulations
☐ Jambes lourdes ☐ Tête ☐ Thorax / respiration ☐ Ventre / plexus
☐ Palpitations ☐ Oppression thoracique ☐ Douleurs musculaires ou cervicales
☐ Tensions dans le ventre ☐ Troubles digestifs ☐ Maux de tête / vertiges
☐ Autres :

Sensations :

- ☐ Lourdeur ☐ Nervosité ☐ Froid localisé ☐ Chaleur localisée ☐ Fourmillements

7. Sensibilités / Réactivités

- Lumière : ☐ Oui ☐ Non Écrans /ondes : ☐ Oui ☐ Non-
- Changements de météo : ☐ Oui ☐ Non
- Lieux chargés / ambiance : ☐ Oui ☐ Non
- Allergies Aliments : Réactions cutanées :
☐ Rougeurs ☐ Tiraillements ☐ Sensibilité ☐ gonflement
- ☐ Démangeaisons ☐ Allergies
- Problèmes respiratoires : ☐ Oui ☐ Non
- Perturbations hormonales ou trouble du cycle

8. Hygiène énergétique

- Vous sentez-vous influencé(e) par l'énergie des lieux ?
☐ Oui ☐ Parfois ☐ Non
- Ce qui vous vide énergétiquement :

9. Produits / pratiques actuelles

- Compléments alimentaires :
-
- Plantes / tisanes :
-
- Huiles essentielles :
-
- Autres pratiques bien-être :
- ☐ Relaxation ☐ Méditation ☐ Yoga ☐ Massages ☐ Hypnose
☐ Autre :

10. Objectifs de la séance suite aux réponses

Votre objectif prioritaire pour cette 1^{ère} séance :

 Réduction du stress  Amélioration du sommeil  Soulagement douleurs

 Rééquilibrage émotionnel  Harmonisation énergétique globale

 Déblocage / légèreté corporelle  Amélioration de la récupération

 Travail ciblé (à préciser) :

11. Suivi

- A la suite de ce questionnaire seriez-vous Intéressé(e) par :
 - Un rééquilibrage ponctuel :
 - Un programme de plusieurs séances :
 - Un suivi mensuel :
 - Ne sait pas encore :

Consentement éclairé

Je reconnais que le système LIFE System est un dispositif de biofeedback quantique visant à **harmoniser les fréquences énergétiques du corps** et à **soutenir le bien-être global**.

Il ne constitue pas un acte médical et ne remplace pas un diagnostic ni un traitement médical.
J'autorise le praticien à effectuer la calibration et les équilibrations nécessaires dans le cadre de cette séance.

Signature du client :

Date :