

MODULO DELLA STORIA DEL CLIENTE

(da compilare la prima seduta)

Data _____

Nome _____ Cognome _____

Residenza – Indirizzo _____

Città _____ Provincia _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

e-mail _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Ti sei mai trasferito? _____ Da dove? _____ a Dove? _____

Età _____ Sesso _____ Sei Credente? _____

Orientamento sessuale _____ Promiscuità sessuale _____

Qual'è il tuo rapporto con il sesso? _____

Stato civile _____ Quante volte sposato? _____

Numero di figli _____ Rapporto con i figli _____

Rapporto con il coniuge (compagno/a) _____

Sei mai stato innamorato? _____ Com'è finita? _____

Sei mai stato lasciato? _____ Com'è stato? _____

Hai mai lasciato? _____ Come ti sei sentito? _____

(Padre) Nome _____ Cognome _____

In vita? _____ Quando? _____ Avresti voluto dirgli qualcosa? _____

(Madre) Nome _____ Cognome _____

In vita? _____ Quando? _____ Avresti voluto dirgli qualcosa? _____

Hai fratelli o sorelle? _____ Quanti? _____

Rapporto con i genitori (fratelli/famigliari) _____

Hai avuto un lutto importante? _____ Chi? _____

Come ti sei sentito? _____

Hai mai subito abusi fisici o verbali? _____

Quando _____ Da parte di chi? _____

Per quanto tempo? _____

Come andavi a scuola? _____ Ti piaceva studiare? _____

Che tipo eri a scuola? _____

Lavoro _____ Rapporto con i colleghi _____

Titolo di studio _____ Ti piace il tuo lavoro? _____

La tua vita è come la desideravi? _____

Desideri ed ambizioni nella vita _____

Quanto vuoi migliorare la tua vita su una scala da 0 a 10? _____

Cosa hai fatto fino ad ora per migliorarla? _____

Quanto sei felice su una scala da 0 a 10? _____ Perché? _____

Dove hai sentito parlare di noi? _____

Nome del tuo medico curante? _____

*Hai mai provato l'ipnosi? _____ Con chi? _____

Per quale motivo? _____

*Credi di esser stato ipnotizzato? _____ Perché? _____

*Cosa pensi della morte? _____

Hai delle dipendenze? _____ Quali _____

Hai famigliari con dipendenze? _____ Di che tipo? _____

Bevi sostanze alcoliche? _____ Quali tipi? _____

Quante volte al giorno bevi? _____ Quanto bevi _____

Come ti senti quando bevi? _____

Che succede quando non puoi bere? _____

Fumi sigarette? _____ Quante ne fumi al giorno? _____

Cosa pensa prima di accendere la sigaretta? _____

Come ti senti nel momento in cui fumi? _____

Come ti senti dopo aver fumato? _____

Che succede quando non puoi fumare? _____

Ti mangi le unghie? _____ Fino a che punto arrivi? _____

Ti senti stressato? _____ Quale rimedio usi? _____

Qual è il tuo rapporto con il cibo? _____ Che dieta segui? _____

Hai delle intolleranze/allergie? _____ A cosa?

• _____ Da quando? _____

Come le hai trattate? _____

• _____ Da quando? _____

Come le hai trattate? _____

Soffri di balbuzie? _____ Da quanto? _____ Hai provato a curarle? _____ Come? _____

_____ Da chi? _____ Per quanto tempo? _____

Hai dolori? _____ Dove? _____

Fai attività fisica? _____ Cosa fai? _____

Quanto tempo per volta? _____ Quante volte a settimana? _____

*Cosa ne pensi delle Regressioni alle Vite passate? _____

Hai qualche paura? _____ Quale/i?

- _____ Da quanto? _____

Hai mai avuto attacchi di panico? _____ Quando? _____

Dove? _____ Cos'è successo? _____

Qual'è il tuo livello di autostima da 0 a 10? _____

Ci sono situazioni che ti mettono a disagio? _____ Quali?

- _____
- _____
- _____
- _____

Dormi bene? _____ Quante ore dormi la notte? _____ Ti svegli durante la notte? _____

perché _____

Hai incubi ricorrenti? _____

Soffri di insonnia? _____ Da quanto? _____ Hai provato qualche rimedio? _____

Quale? _____ Sei stato visitato? _____ Da chi? _____

Com'è la tua memoria? _____

Storia clinica

Hai avuto malattie in passato? _____ Quali?

1. _____ Per quanto tempo? _____

Nome del medico curante o professionista? _____

2. _____ Per quanto tempo? _____

Nome del medico curante o professionista? _____

3. _____ Per quanto tempo? _____

Nome del medico curante o professionista? _____

4. _____ Per quanto tempo? _____

Nome del medico curante o professionista? _____

Hai mai avuto malattie psicosomatiche? _____ Quali? _____

Come le hai trattate? _____

Hai, attualmente, malattie psicosomatiche? _____ Quali? _____

Hai mai lavorato su un problema emozionale? _____ Quale? _____

Con chi? _____ Per quanto tempo? _____

Attualmente stai ricevendo qualche trattamento o counseling? _____ Da chi? _____

_____ Per quale problema? _____

_____ Da quanto tempo? _____

Sei mai stato curato per problemi di: Cuore _____ Diabete _____ Epilessia _____

Stai prendendo medicine in questo periodo? _____ Quale/i? _____

Per quale motivo? _____

Per quale ragione sei venuto da me? _____

Hai provato a risolvere il tuo problema precedentemente a questa seduta? _____

Come? _____ Da chi? _____

Qual è stato il risultato? _____

Attualmente sei in trattamento medico o psicologico per il problema menzionato? _____

Dove? _____ Nome del medico? _____

Ha qualche domanda da pormi? _____

Firma del Cliente

Adil Akabli