



Graha Hipnoterapi Bandung

Graha Cihampelas Lantai 3, Jl. Cihampelas No. 41A
www.grahahipnoterapibandung.com

PRIBADI & RAHASIA

CONFIDENTIAL CLIENTS INTAKE FORM

Silakan isi pertanyaan berikut dengan jelas dan lengkap

DATA PRIBADI

Nama lengkap : _____

Alamat Lengkap : _____

Kota : _____ Kode Pos : _____ Email : _____

Nomor Telepon yang bisa dihubungi: (Rumah) _____ (Handphone) _____

Tanggal Lahir: _____ Usia: ____ Jenis Kelamin: _____ Status Pernikahan: _____

Pekerjaan/Bisnis: _____ Agama: _____

Pengguna lensa kontak: Ya Tidak. *Jika "Ya", selama sesi terapi mata Anda akan berada dalam kondisi tertutup. Jika hal itu berpotensi menimbulkan iritasi, persiapkan tempat untuk menyimpan lensa kontak anda.*

Masalah pendengaran: Ya Tidak. *Jika "Ya", Kami bisa memposisikan diri untuk berbicara dengan suara lebih kencang, jika Anda menggunakan alat bantu dengar silakan pergunakan selama sesi terapi.*

DATA REFERENSI

Bagaimana anda mengetahui tentang kami? Internet Brosur Lainnya _____

Atau, referensi seseorang: Ya Tidak, jika "Ya", siapa mereferensikan anda? _____

DATA & RIWAYAT HIPNOTERAPI

Tujuan utama anda menjalani terapi: _____

Apa yang berbeda dalam hidup Anda saat tujuan itu tercapai? _____

Pernah menjalani pengobatan/terapi untuk mengatasi hal ini? Ya Tidak, hasilnya: _____

Pernahkah anda menjalani hipnoterapi sebelumnya? Ya Tidak, dalam hal: _____

Jika "Ya", apakah anda yakin anda memasuki kondisi hipnosis? Ya Tidak, mengapa? _____

Jika "Ya", secara umum, bagaimana pengaruhnya untuk anda? _____



Graha Hipnoterapi Bandung

Graha Cihampelas Lantai 3, Jl. Cihampelas No. 41A
www.grahahipnoterapibandung.com

PRIBADI & RAHASIA

DATA DAN RIWAYAT MEDIS

Apakah anda saat ini menjalani tindakan medis/pengobatan untuk masalah di atas? Ya Tidak

Jika ya, dimana? _____ Dokter yang menangani anda: _____

Apakah anda berada di bawah pengawasan dokter atau petugas kesehatan saat ini? Ya Tidak

Jika "Ya", sebutkan alasannya: _____

_____ Nama Dokter: _____

Pernahkan menjalani perawatan untuk: Jantung Asma Epilepsi, apakah ada obat - obatan yang wajib anda makan sekarang? Ya Tidak, jika "Ya", sebutkan: _____

Kegunaan obat: _____

Pernahkan menjalani tindakan operasi/pembedahan? Ya Tidak, jika "Ya", mengapa : _____

Apakah anda menderita sakit berkepanjangan? Ya Tidak, jika "Ya", sebutkan: _____

DATA DAN RIWAYAT EMOSIONAL

Pernahkan anda menjalani perawatan untuk masalah emosional? Ya Tidak, jika "Ya", apakah anda saat ini menjalani terapi atau konseling? Ya Tidak, jika "Ya" oleh siapa : _____

Apakah Anda mengalami permasalahan dengan salah satu atau beberapa hal ini: Insomnia

Obsessive Compulsive Disorder Depresi klinis Schizophrenia Gegar otak Lainnya

Jika Anda memberi tanda pada opsi "Lainnya", sebutkan: _____

Apakah menurut Anda stress turut berperan dalam masalah Anda? Ya Tidak, Jika "Ya", apakah Anda mengetahui kemungkinan sumber stress tersebut? _____

Apakah menurut Anda masalah Anda turut dipengaruhi oleh hal berikut:

Kafein Rokok Alkohol Obat - obatan Hal adiktif lainnya, sebutkan: _____

DATA LAINNYA

Saat masih anak - anak/remaja:

- Bagaimana kualitas hubungan Anda dengan ayah? _____
- Bagaimana kualitas hubungan Anda dengan ibu? _____
- Bagaimana kualitas hubungan Anda dengan Adik/Kakak? _____
- Ada pengalaman buruk dengan seseorang yang mengakibatkan masalah Anda Ya Tidak, jika "YA", ceritakan dengan singkat _____



Graha Hipnoterapi Bandung

Graha Cihampelas Lantai 3, Jl. Cihampelas No. 41A
www.grahahipnoterapibandung.com

PRIBADI & RAHASIA

Tolong jelaskan secara singkat jika ada hal lain yang perlu kami ketahui tentang Anda (kejadian yang merubah hidup Anda, bisa jadi dalam hal kematian seseorang, hubungan keluarga yang bermasalah, masalah kesehatan, masalah pekerjaan, trauma masa lalu, kecelakaan, atau apapun):

DATA DAN RIWAYAT KESEHATAN

Beri tanda pada masalah-masalah fisik berikut yang sering Anda alami:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Punggung bawah/
pinggang kaku | <input type="checkbox"/> Tangan terlalu dingin |
| <input type="checkbox"/> Sakit kepala sebelah | <input type="checkbox"/> Kram saat menstruasi
atau tidak lancar | <input type="checkbox"/> Kram/kaku pada
tangan dan persendian |
| <input type="checkbox"/> Leher belakang kaku | <input type="checkbox"/> Sembelit | <input type="checkbox"/> Kaki terlalu dingin |
| <input type="checkbox"/> Sariawan/gusi luka | <input type="checkbox"/> Asam lambung
berlebih | <input type="checkbox"/> Kaki kaku |
| <input type="checkbox"/> Pundak kaku | | <input type="checkbox"/> Kaki bengkak |
| <input type="checkbox"/> Punggung atas kaku | | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | |

Apakah anda punya sakit yang menahun? Ya Tidak

Jika "Ya", sakit apa: _____

PERNYATAAN

"Dengan ini saya menyatakan mengerti isi dari kuesioner ini, dan menyatakan bahwa semua informasi yang diberikan adalah benar dan lengkap sesuai apa yang saya ketahui.

*Saya juga menyatakan bahwa saya sudah membaca **KEBIJAKAN DAN PERATURAN TERAPI (CLIENT BILL OF RIGHTS & CONSENT FORM)** yang disediakan, memahaminya, dan menyetujui apa yang tertulis di dalamnya."*

Tempat/Tanggal: Bandung / _____ , _____ , 20____

Tanda Tangan Klien

Tanda Tangan OrangTua/Wali
(Untuk klien anak - anak/remaja)

Nama:

Nama: