

# **Consentement pour prise en charge thérapeutique**

Je soussigné, \_\_\_\_\_

par la présente décharge, M. BARDON, de toute responsabilité ou réclamation pouvant lui être imputées concernant ma santé mentale et/ou physique, pendant l'ensemble du suivi dont j'ai pris connaissance et auquel je consens en mon âme et conscience aujourd'hui et dans l'avenir, en remplissant ce formulaire.

## **Cadre de pratique**

Je comprends que M. BARDON est psychothérapeute, et que l'hypnose médicale et autre processus thérapeutique utilisés ne sont pas un remplacement au service et/ou conseil d'un psychiatre ou tout autre médecin. Ni un remplacement pour quelconque suivi médicamenteux prescrit par un médecin ou un psychiatre.

## **Points particuliers pour l'hypnose**

Je donne à M. BARDON l'autorisation de pratiquer l'hypnose médicale sur moi. Je sais que ma participation active au suivi et l'application des conseils donnés par M. BARDON, assure de plus grandes chances de succès dans ma thérapie. Je prends l'entière responsabilité de ma guérison et sais que sans cela, M. BARDON, ne peut être tenu responsable.

## **Garantie**

Je comprends que bien que la thérapie a un taux de réussite incroyablement haut, M. BARDON peut seulement garantir de mettre en oeuvre tous les moyens, dans le cadre de son exercice pour m'aider. Cela dans la mesure où mon succès personnel dépend aussi de plusieurs facteurs sur lesquels M. BARDON n'a aucun contrôle, ceux-ci incluant ma volonté et mon désir d'opérer des changements effectifs dans ma vie quotidienne.

## **Enregistrement Audio**

Je donne à M. BARDON la permission de faire des enregistrements audio durant la/les séances incluant ma voix. Ces derniers étant utilisés dans le cadre strict du suivi.

## **Processus D'approfondissement en hypnose**

J'autorise Michael BARDON de toucher avec respect des parties de mon corps durant ma session (mes bras, mes épaules, ma tête ...) pour faciliter le processus d'approfondissement.

## Confidentialité

En signant ce formulaire, je consens à ce que M.BARDON partage des informations avec les services de polices, des agences de protection étatiques ou privées s'il a été déterminé qu'un enfant ou adulte soit en danger imminent ou subisse des abus physiques ou moraux de quelque forme ; Si moi, \_\_\_\_\_

\_, je suis en danger ou représente un danger pour moi ou pour autrui ; ou si une assignation des enregistrements ont été demandé par les services étatiques compétents.

Je donne également mon consentement à ce que M. Bardon puisse échanger sur les contenus relatifs à la séance avec le médecin généraliste ou spécialiste qui m'a recommandé. Ces échanges restant cantonnés aux seules informations ayant trait à ma santé et au processus de guérison.

Signature des représentants légaux ( Pour mineur)

Précédé de « lu et approuvé » sur toutes les pages.

Nom Prénom(s)

Signature

Date