CERTIFICATION TAO TOUCH CHI NEI TSANG

Association Chi Nei Tsang France

NOM et PRÉNOM DU PRATICIEN :

NOM du client :
Prénom :
Age :
Date du traitement :
1er traitement - 2ème traitement – 3ème traitement – 4ème traitement – 5ème traitement
(à entourer)

Contexte du client :

- Raison de la demande :

Anamnèse : histoire personnelle, problématiques, ressenti-douleur et depuis quand etc… (tout ce qui est nécessaire à la compréhension de son état physique, émotionnel)

- Traitements actuels suivis, opérations
- Perception du praticien sur l'état de la personne à son arrivée.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Description du traitement : attitude du praticien, techniques de Tao Touch Chi Nei Tsang utilisées et dans quels objectifs ; déroulé technique de la séance du point de vue du praticien

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Observations de ce qui se passe pour le client (réactions physiques et/ou émotionnelles durant la séance, ressentis versus patient, échanges après la séance)

……
……
……
……
……
……
……
……
……

……
……
……
……
……
……
……
……
……

Recommandations faites pour l'après-traitement : exercices proposés (ensoleillement, autosoins, méditations, conseils alimentaires ou d'hygiène de vie et raison de ces conseils)

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Ce que ce traitement m'apprend, m'enseigne.
Points de vigilance pour la séance suivante.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……