

## Charte d'engagement réciproque Client/ Praticien

1. Toute séance d'Hypnose Ericksonienne et plus largement de thérapie brève ne se substituent en aucun cas à un avis et suivi médical.
2. Tout client doit continuer ses traitements et consultations médicales. Il doit voir avec son médecin, les améliorations perçues pour que ce dernier décide si le traitement peut être modifié. Il doit tenir informé le praticien des éventuels traitements médicamenteux à la première séance.
3. Le client s'engage à mettre en place les actions et exercices proposés pour avancer dans cette démarche personnelle, avant et entre les séances.
4. Le client est responsable de la moitié du travail effectué. La motivation et la dynamique de bien - être sont personnelles.
5. Le praticien s'engage à utiliser le maximum de techniques pour tendre au mieux être de son client.
6. Aucun praticien ne se prétend comme détenteur d'une vérité absolue. Le client est acteur de son changement et de sa thérapie. Le praticien s'engage à hauteur de la motivation du client.
7. Le praticien se laisse la possibilité d'interrompre la séance, si le client ne suit pas la démarche indiquée. Accord de l'article 4.
8. Pour une évolution rapide, il est souhaitable d'informer régulièrement votre praticien par email ou par téléphone. Des retours écrits ou verbaux sur vos séances sont nécessaires.
9. L'hypnothérapeute n'a pas d'obligation de résultat, cependant il est tenu à une obligation de moyens en utilisant les techniques les plus adaptées à votre demande.
10. J'autorise mon enfant mineur à participer aux séances d'hypnose Ericksonienne.
11. Le praticien respecte le droit de confidentialité
12. Merci de remplir ce formulaire et de le restituer à la première séance.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Adresse complète : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Telephone : \_\_\_\_\_

Traitement médical :      Oui - Non

Si traitement médical, nom médecin traitant :

Le :

Signature précédée de la mention « Lu et approuvé »

Signature du praticien

Signature du client