

INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

Téléphone :

email :

@

Date de naissance : ____/____/____

Profession :

Nombre d'enfants :

Age et sexe de vos enfants :

Comment avez-vous entendu parler de Nadine Atmani Sophrologie ? :

Nom et téléphone du médecin traitant :

Liste des médicaments ou des traitements que vous recevez actuellement de la part de n'importe quel organisme de santé :

Votre docteur vous a-t-il demandé d'arrêter de fumer ? :

Combien de cigarettes fumez-vous par jour en moyenne ? :

Combien dépensez-vous en cigarettes par semaine ? :

Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? :

Si oui, pendant combien de temps avez-vous cessé de fumer ? :

Quelles méthodes avez-vous déjà utilisées pour arrêter de fumer ? :

D'après vous, pourquoi avez-vous échoué ? :

Pourquoi avez-vous recommencé à fumer ? :

Dans quelles situations, lieux ou événements avez-vous le plus envie de fumer (lister tous les moments de votre journée où vous avez envie de fumer) ? :

Quelles sont vos principales raisons d'arrêter de fumer (lister toutes les raisons)? :

À quel âge avez-vous commencé à fumer ?

Pourquoi avez-vous commencé ? :

Date ____/____/____

Signature :