

INTAKE FORM

Pribadi & Rahasia

1. Tanggal : _____
2. Nama / Panggilan : _____ / _____ L P
3. Alamat / Kota : _____ / _____
4. Pekerjaan : _____
5. Tempat / Tgl Lahir : _____ / _____ Usia ____ thn
6. Telp.(Hp) / Email : _____ / _____
7. Agama : _____
8. Status : Menikah Belum Menikah Janda / Duda
9. Jika sudah menikah, nama pasangan Anda : _____
 Bagaimana relasi Anda dengan pasangan ? Baik Biasa Buruk
10. Jumlah anak : _____
 Nama / Usia : _____
11. Bagaimana Anda tahu mengenai kami? Seminar Referensi Internet
 Jika seminar / referensi, sebutkan : _____
12. Anda datang ke kami atas : Niat sendiri Permintaan : _____
13. Saat Anda masih anak-anak / remaja,
 Bagaimana relasi Anda dengan ayah? Baik Biasa Buruk
 Bagaimana relasi Anda dengan ibu? Baik Biasa Buruk
14. Sebutkan 1 (satu) masalah/penyakit yang ingin Anda atasi melalui sesi hipnoterapi ini!

INTAKE FORM

Pribadi & Rahasia

20. **Berkaitan dengan masalah/penyakit yang hendak diselesaikan dalam sesi terapi ini (no. 14)**, berikan skala antara 0 sampai 10 apabila Anda merasa atau menyimpan beberapa emosi (negatif), baik terhadap diri Anda, orang lain atau suatu kejadian/peristiwa! Skala 0 bila merasa biasa saja. Skala 10 bila sangat merasakan emosi (negatif) ini dan cukup mengganggu hidup Anda! Jelaskan singkat. Isi jenis emosi yang dirasa perlu saja.

Marah

Kecewa

Terluka

Dendam

Sakit hati

Tersinggung

Benci

Menyesal

Frustrasi

Takut

Cemas

Malu

Kesepian

Sedih

Merasa tidak mampu

Merasa putus asa

Merasa tidak berharga

Merasa kecil

Merasa tidak diinginkan

_____

INTAKE FORM

Pribadi & Rahasia

21. Bagaimana kondisi Anda saat ini? Jelaskan secara singkat!

22. Apakah Anda pernah dalam perawatan dokter karena sakit di tahun-tahun sebelumnya?

Ya, sakit : _____ Tidak

23. Apakah Anda mengalami / sakit :

Jantung Stroke Hipertensi / Hipotensi Asma
 Diabetes Epilepsi Kehamilan Cerebral Palsy

24. Apakah Anda saat ini minum obat? Ya Tidak

Jika "Ya", obat apa? _____

25. Saat ini, apakah Anda sedang dalam penanganan dokter, psikolog atau psikiater untuk masalah Anda ini?

Ya, dokter / psikolog / psikiater Tidak

Di mana? _____

Nama dokter / psikolog / psikiater : _____

26. Berilah tanda pada masalah-masalah fisik berikut yang sering Anda alami!

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

INTAKE FORM

Pribadi & Rahasia

27. Bagaimana Anda tahu bahwa Anda sudah berhasil mengatasi masalah Anda?
Sebutkan beberapa contoh!

28. Perubahan positif apa yang pasti terjadi dalam hidup Anda bila Anda berhasil mengatasi masalah Anda?

Yang menyatakan,

(_____)