



## Formulaire de consentement éclairé **A RETOURNER PAR COURRIER**

- 1- Je comprends très bien que la personne que je consulte Marianne ALLOUCH n'est pas un médecin, mais un praticien en biofeedback.
- 2- Je comprends bien la différence entre un médecin et un praticien en biofeedback.
- 3- Je comprends très bien que les services rendus par le présent technicien ne constituent pas des actes médicaux, mais qu'ils relèvent du praticien en biofeedback.
- 4- Je comprends que le présent technicien travaille à l'intérieur des paramètres d'un système de santé naturelle et de bien-être utilisant la technique de biofeedback et de réduction du stress.
- 5- Je comprends très bien que le présent technicien n'offre pas de médicaments, de chirurgies, de stimulants chimiques ou de thérapies par la radiation. Je comprends que le praticien ne pose pas de diagnostic et ne traite pas de maladie, mais mesure mon bien-être et mon niveau de stress.
- 6- Je consulte le présent praticien en biofeedback selon mes choix de conscience, en vertu de mon libre arbitre, et dans le libre choix des services que je considère les meilleurs pour moi-même.
- 7- Dans le cas où je voudrais obtenir des services non rendus par le présent praticien de biofeedback, je peux revendiquer en tout temps des services à un autre endroit.
- 8- Actuellement je demande des conseils, avis, opinions, point de vue et/ou programmes (notamment en biofeedback) qui sont dans les champs de compétence du praticien en biofeedback. Je suis conscient(e) et lui permets d'effectuer les tests et les expériences au moyen de la technique de biofeedback.
- 9- J'ai pleinement conscience que les services offerts par le praticien de biofeedback ne sont pas reconnus ou recommandés par les médecins ou autres professionnels du système actuel de santé.
- 10- J'autorise le praticien en biofeedback à procéder aux tests de corrections énergétiques jugés utiles
- 11- Je comprends qu'il est de ma responsabilité de discuter avec ma famille et avec mon médecin du fait que j'assiste à des sessions de biofeedback.
- 12- Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'avoir un médecin de famille et que le praticien de biofeedback sera en mesure de m'aider à trouver un médecin de famille si requis.

Nom (EN CAPITALE)..... Prénom.....

Adresse.....

Ville..... Pays.....

Téléphone.....

Email.....

Signé à..... le.....

Signature