

Formulaire de consentement pour soin quantique

Académie thérapeutes Valérie Lemelin

Ce document contient de l'informations importantes sur cette approche et mes politiques. Veuillez SVP le lire attentivement. Ensuite, veuillez signer au bas de la page pour indiquer que vous êtes en accord avec le contenu.

Je _____ (client) soussigné,

Comprends qu'en tant que thérapeute, _____ (nom & prénom du thérapeute) ne diagnostiquera aucune maladie ou tout autre trouble physique et/ou mental. De plus, il/elle ne prescrira pas de traitement médical ou pharmaceutique et n'effectuera pas de manipulations vertébrales.

Le soin quantique provenant de l'Académie de thérapeutes Valérie Lemelin me permet de me libérer des déséquilibres énergétiques dans mon corps et stimulera mes capacités naturelles d'autoguérison grâce à la respiration consciente ainsi que ma participation active lors du soin.

Je suis conscient(e) que la technique demandera seulement au thérapeute d'apposer ses mains sur mon corps par le toucher ou en travaillant sur mon champ énergétique au-dessus du corps afin de dissoudre les accumulations de tensions. Si, à n'importe quel moment, je ressens un inconfort, je prendrai responsabilité d'en aviser le/la thérapeute, afin de garder une expérience agréable et respectueuse pour les deux parties.

Le soin se fera habillé et il n'y aura aucun toucher physique dans les zones génitales, autre que les mains au-dessus (sans toucher) seulement s'il y a harmonisation nécessaire du chakra sacré. Je comprends que la technique demandera possiblement au thérapeute une manipulation professionnelle au niveau du sternum afin de libérer le chakra du cœur. Si je ne suis pas à l'aise d'avoir une proximité dans cette zone, j'avertirai mon thérapeute avant le soin.

Confidentialité

Tout ce que je partage avec mon thérapeute est confidentiel. Cependant, si une réussite éloquent est éprouvée, il se peut que mon thérapeute me demande s'il peut partager ma victoire à d'autres clients afin de les inspirer. Si le partage de ma réussite est approuvé par moi, cela pourra se faire en version anonyme, donc sans divulguer mon nom, à moins de mon accord.

Manifestations post-soin

L'Académie de thérapeutes Valérie Lemelin® donne des résultats considérables pour la majorité des gens, mais ne garantit pas l'atteinte de mes objectifs et cela pourrait possiblement amener des effets sur une courte durée.

En médecine alternative, nous constatons que lorsque le corps se détoxifie, c'est à-dire, lorsqu'il s'auto-nettoie, il peut survenir, ce qu'on appelle le phénomène des "épisodes d'autoguérison". Lors de ce processus, le corps pourra éprouver pendant un certain temps certains inconforts.

Voici quelques-unes des manifestations post-soin qui pourraient être éprouvés lors de ce processus :

- une plus grande zénitude ou fatigue générale;
- des démangeaisons, des maux de tête, une douleur au bas du dos, aux articulations;
- une miction plus fréquente, de la diarrhée ou de la constipation;
- de la fièvre nocturne ou une sensation de froid; hypersensibilité du corps à ressentir plus;
- une transpiration soudaine, de mauvaises odeurs, une recrudescence de boutons d'acné ou de toutes sortes de boutons;
- anomalies ou dérèglement du cycle menstruel, une diminution ou augmentation du désir sexuel;
- une soudaine irritabilité, des rêves agités et épuisants, etc.

Chaque épisode d'autoguérison est suivi par une augmentation de vitalité et un sentiment de mieux-être. Si d'autres manifestations ou si les manifestations persistent, je recontacterai mon thérapeute et/ou j'irai consulter mon médecin.

Recommandations post-soin

- Buvez beaucoup d'eau pure
- Un repos complet : dormez autant que possible avec une bonne aération de la pièce
- Effectuez des exercices légers afin d'aider la circulation et l'élimination des toxines : marche, natation, yoga, exercices d'étirement et de respiration sont recommandés
- Mangez légèrement et sainement en évitant toute nourriture d'origine animale, les gras, les produits laitiers, les sucreries et la nourriture raffinée
- Gardez-vous au chaud et évitez les températures extrêmes

Contact

Je comprends que le thérapeute effectue un travail humain dans la bienveillance, mais que les limites professionnelles doivent aussi être respectées.

Je comprends que si j'entre en contact avec mon thérapeute en dehors de ma période de soin planifiée, par téléphone par exemple, les conversations téléphoniques de plus de 10 minutes seront facturées comme une demi-séance et celles de plus de 30 minutes seront facturées comme une séance complète.

Politique d'annulation de rendez-vous

Je comprends que si je dois annuler ou déplacer mon RDV, je dois en aviser mon thérapeute un minimum de 12 heures à l'avance (préférentiellement 24 heures). Sinon, le **paiement en entier** de la session sera dû et devra être payé. Dans les cas où la maladie ou les intempéries feraient en sorte que le voyage pour s'y rendre serait dangereux, il est toujours possible de travailler à distance par téléphone ou par Zoom.

Retards

Si je suis en retard pour mon rendez-vous, je comprends que l'heure de fin de mon rdv sera honorée malgré le temps perdu dû à mon arrivée tardive. Le **paiement en entier** sera quand même dû.

Paiements

Les paiements sont dus avant ou au début de chaque séance, ou au maximum à la fin de chaque séance et peuvent être faits aussi en argent comptant. Si le paiement a été effectué via votre carte de crédit lors de la prise de rdv, aucun autre paiement est nécessaire lors du soin.

Consentement et limite de la pratique

Je comprends que cette pratique n'est pas associée à des services en psychothérapie et n'est pas un substitut pour des examens médicaux et/ou de diagnostics. Il m'est recommandé de consulter un médecin pour un problème physique ou mental que je pourrais avoir, et que rien qui est dit durant la séance ne devrait être interprété comme tel.

J'ai pris connaissance de ce formulaire et je comprends le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients relatifs au soin quantique.

Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le/la thérapeute m'a fournies concernant mon désir d'obtenir un soin quantique.

Signature du client: _____

Nom & prénom en lettres moulées : _____

Date: ____/____/____ Lieu: _____