

Questionnaire



Nom :

Prénom :

Numéro de téléphone :

Adresse Mail :

Adresse Postale :

.....
.....
.....

- 1) Quel est le/les problèmes (de santé, de relation sociale/professionnelle/personnelle) que vous rencontrez aujourd'hui et quand est-ce que cela a débuté ?

.....

- 2) Depuis combien de temps vivaient vous avec ce problème (de santé, de relation sociale/professionnelle/personnelle) ?

.....

- 3) Est-ce que ce problème (de santé, de relation sociale/professionnelle/personnelle) est dans votre famille depuis plusieurs générations ? Si oui, depuis combien de temps ?

.....

- 4) Si vos problème sont d'ordre médical, a quelle fréquence ont-ils lieu ? plusieurs fois par mois, plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par jour) ?

.....

- 5) Sont-ils présent plus en journée ou plus la nuit ou bien aucune différence entre ces deux temporalité ?

.....

- 6) Avez-vous l'impression que ces problèmes(de santé, de relation sociale/professionnelle/personnelle) deviennent plus fréquent et plus présent dans vos vie au fur et à mesure du temps qui passe ?

.....

- 7) Vivez-vous une période compliquée ? Divorce, décès, séparation, éloignement, disputes répétitives... etc ?

.....

.....

.....

- 8) Y a-t-il eu des décès dans votre entourage, vos proche récemment ? Si oui, quelles relations entreteniez-vous ? Si cela vous a affecté, pouvez-vous noter sur une échelle de 0 (pas affecté) à 10 (Profondément affecté) à quel point ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 9) Avez-vous senti un changement de personnalité ? Si oui, quel est ce changement de personnalité (repli sur soi, éloignement, irritabilité, énervement.. etc) ? Le changement a-t-il était brutal ou a-t-il était progressif ?

.....

.....

.....

.....

- 10) Avez-vous parfois la sensation d'être comme « piloté » par quelque chose d'autre que vous ?

.....

.....

Phoenix Vibes

Phoenivibes2024@gmail.com

07.64.02.07.07

11) Vous êtes-vous déjà intéressé à l'occultisme ? à la sorcellerie ? au satanisme ? Si oui, quand ?

.....
.....