

Identificação e formação do terapeuta e, se aplicável, logótipo do local onde a terapia é executada, incluindo contactos. Não é permitida a utilização do logótipo da APR.

## FICHA DE UTENTE PARA TERAPIA REIKI

*“A missão do Usui Reiki Ryoho é guiar para uma vida pacífica e feliz, curar os outros, melhorar a sua felicidade e a nossa.” Mikao Usui*

### IDENTIFICAÇÃO DO/DA UTENTE

NOME \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data da sessão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Motivo / objetivo da consulta \_\_\_\_\_

DECLARO QUE LI, COMPREENDI E ASSINEI O CONSENTIMENTO INFORMADO PARA TERAPIA REIKI.

DECLARO SEREM VERDADE TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS DURANTE A SESSÃO.

### QUESTIONÁRIO SOBRE A CONDIÇÃO DE BEM-ESTAR DO/DA UTENTE

Procura cuidar questões  Emocionais  Mentais  Físicas  Energéticas  Apenas experimentar

OBS. \_\_\_\_\_

Com este tratamento procura  Mais energia  Equilíbrio emocional  Alívio das dores  Relaxamento

Melhoria do bem-estar geral

OBS. \_\_\_\_\_

### A PREENCHER ANTES DE RECEBER REIKI

Como se sente?

Tristeza  Depressão  Ansiedade  Stress  Cansaço, falta de energia  Dorme mal

Dores de cabeça  Dores musculares  Dores nas articulações  Dores internas em algum órgão

OBS. \_\_\_\_\_

Quantas vezes tem dores?

Raramente  1 x por semana  várias x por semana  1 x por dia  várias x por dia  permanentemente

Sente alguma dor agora?  Sim  Não

De 1 a 10 avalie a dor que sente agora, considerando 1 = sem dor, 5 = alguma dor, 10 = dor muito intensa

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Como sente o seu nível de energia?

Esgotado  Fraco  Instável ao longo do dia  Razoável  Bom  Ótimo

### A PREENCHER APÓS RECEBER REIKI

Sente melhorias no seu estado geral?  Sim  Não Se sim, indique abaixo em que áreas

Tristeza  Depressão  Ansiedade  Stress  Cansaço, falta de energia  Dorme mal

Dores de cabeça  Dores musculares  Dores nas articulações  Dores internas em algum órgão

OBS. \_\_\_\_\_

Identificação e formação do terapeuta e, se aplicável, logótipo do local onde a terapia é executada, incluindo contactos. Não é permitida a utilização do logótipo da APR.

Sente melhorias no nível de dor?  Sim  Não

De 1 a 10 avalie a dor que sente agora, considerando 1 = *sem dor*, 5 = *alguma dor*, 10 = *dor muito intensa*

1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

Sente melhoria no seu nível de energia?  Sim  Não Se sim, avalie abaixo o seu nível de energia.

Esgotado  Fraco  Instável ao longo do dia  Razoável  Bom  Ótimo

OBS. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NOTA: Este inquérito é confidencial e pode ser tratado estatisticamente pela Associação Portuguesa de Reiki. Os dados pessoais nunca serão revelados.

Assinatura **Utente** e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura **Terapeuta** e data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Autorizo que esta Ficha de Utente seja arquivada em (identificar terapeuta/local) no meu (Utente) processo individual. Em qualquer altura posso solicitar a sua destruição.