

Zdravstveni obrazec za Holotropno dihanje

Holotropno dihanje izvajamo kot pomoč k osebnostnemu razvoju. Holotropno dihanje lahko vzbudi dramatične izkušnje, ki jih spremljajo močni čustveni in fizični izlivi. Ta delavnica ni primerna za nosečnice, ali za osebe z boleznimi srca in ožilja, povišanim krvnim tlakom, nekaterimi duševnimi motnjami za katere je potrebna psihiatrična pomoč, nedavnimi operacijami ali zlomi, akutnimi infekcijskimi boleznimi ali epilepsijo.

Če imate kakršne koli dvome glede udeležbe na delavnici, se pred udeležbo nujno posvetujte s svojim zdravnikom ali psihoterapevtom, in tudi z organizatorjem delavnice.

Vaši odgovori na spodnja vprašanja bodo v pomoč vašemu moderatorju na delavnici in jih bomo obravnavali popolnoma zaupno. Prosimo, odgovorite na vsa vprašanja kolikor popolno je mogoče.

Ste kdaj imeli postavljeno diagnozo/ zdravljenje, oziroma imate zdaj kaj od naštetega:	DA	NE
bolezni srca in ožilja, vključno z infarktom ali operacijo kardiovaskularnega sistema		
visok krvni tlak		
duševno motnjo (diagnosticirano)		
nedavno operacijo		
davno ali nedavno fizično poškodbo (zlom ali izpah,...)		
sedanje infekcijske ali nalezljive bolezni		
glavkom		
odstop mrežnice		
epilepsija		
osteoporoza		
astma (če jo imate, prinesite na delavnico inhalator)		
Ste trenutno noseči?		
Ste bili hospitalizirani zaradi zdravstvenih razlogov?		
Ste bili kdaj zdravljeni na psihiatričnem oddelku?		
Ste imeli ali imate duševno/ duhovno stisko?		
Ste vključeni v kakšno terapijo ali podporno skupino?		
Ali redno jemljete kakšna zdravila?		
Ste imeli kdaj težko nesrečo ali ste bili kdaj zlorabljeni?		
Bi morali še kaj vedeti o vašem trenutnem telesnem in duševnem stanju?		

V nujnem primeru kontaktirajte: ime _____ tel _____

Prosimo, da na zadnji strani obrazca z bistvenimi podatki pojasnite odgovore z "da". Ta obrazec je obvezni del prijave na delavnico. Organizator vam ne more potrditi udeležbe do prejema izpolnjenega in podpisanega zdravstvenega obrazca.

PROSIMO, PREBERITE IN PODPIŠITE SPODNJO IZJAVO:

Spodaj podpisani/a _____ potrjujem, da sem prebral(a) in razumem zgornje informacije, in da sem odgovoril(a) na vsa vprašanja polno in pošteno, brez prikrivanja podatkov. Moje splošno zdravstveno stanje je, kolikor vem, dobro.

podpis:	starost:	spol:	datum:	telefon:

