

# Zdravotní formulář pro Holotropní dýchání

Jméno: .....

Příjmení: .....

Adresa: .....

PSČ:.....Město:.....

Telefon:.....E-mail: .....

Datum narození: .....Věk: .....Pohlaví: .....

Určeno pro seminář začínající dne: .....

*Záměrem Holotropního dýchání je osobní rozvoj a nemělo by být považováno za náhradu psychoterapie. Holotropní dýchání může vyvolat dramatické zkušenosti doprovázené silnými emočními a fyzickými projevy. Tento seminář není vhodný pro těhotné ženy, pro osoby s kardiovaskulárními potížemi, při závažných problémech s vysokým tlakem, při psychiatrické diagnóze, při probíhající psychospirituální krizi, po nedávném chirurgickém zákroku nebo při nedávných zlomeninách, při akutní infekční chorobě, nebo při epilepsii.*

*Pokud máte jakékoli pochybnosti zda se můžete zúčastnit, poraďte se prosím se svým lékařem, terapeutem a s organizátory semináře.*

*Odpovědi na následující otázky pomohou organizátorům zajistit co nejbezpečnější prostředí a podporu při Vašem dýchání. Vaše údaje jsou důvěrné a nebudou s nikým sdíleny. Prosíme o zodpovězení následujících otázek pravdivě a úplně jak jen můžete. Pokud u nějaké otázky odpovíte ano, prosíme rozvíňte Vaši odpověď v přilehlých rádcích, nebo na zadní straně formuláře. Děkujeme.*

	ANO	NE
<b>1. Prošli jste v minulosti nebo procházíte v současnosti některou z následujících situací?</b>		
Kardiovaskulární choroby, srdeční potíže, zástava, infarkt		
Vysoký krevní tlak		
Závažná mentální porucha		
Nedávná operace		
Historické, nebo nedávné fyzické zranění, včetně zlomenin, vymknutí, nebo vykloubení, případně uveďte kdy.		
Procházíte infekční nebo jinou přenosnou chorobou?		
Zelený oční zákal		
Odchlípnutí sítnice		
Epilepsie		
Osteoporóza		
Astma (Pokud ano, prosím přineste si Váš inhalátor s sebou na dýchání)		
Jste HIV pozitivní?		
<b>2. Jste těhotná?</b>		

3. Byly jste někdy hospitalizováni z lékařských důvodů? Kdy a proč?		
4. Byly jste někdy hospitalizováni z psychiatrických důvodů? Kdy a proč?		
5. Účastníte se aktuálně nějaké terapie, terapeutické či podpůrné skupiny?		
6. Užíváte v současnosti nějaké léky? Jaké?		
7. Jste závislí na nějaké návykové látce? (alkohol, kokain apod.)		
8. Proběhla ve Vaší rodině nebo mezi blízkými nějaká nedávná tragická událost?		
9. Užíváte takzvané "rekreační drogy" a případně jaké a jak často?		
10. Máte zkušenost s psychedelickými látkami?		
11. Máte zkušenost s rozšířeným stavem vědomí?		
12. Máte již zkušenost s Holotropním dýcháním? (Kolikrát a s kým, případně kde?)		
13. Je zde něco jiného ohledně Vašeho fyzického a emočního zdraví co bychom měli vědět, nebo nějaká diagnóza?		

**Kontaktní informace na blízkou osobu v naléhavém případě:**

Jméno \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Tento zdravotní formulář musí být vyplněn a je podmínkou pro potvrzení účasti na semináři. Organizátoři díky těmto informacím prověří, případně zkonzultují a posoudí Váš zdravotní stav a vhodnost účasti na semináři. Teprve následně bude Vaše účast závazně potvrzena.

**PŘEČTĚTE SI PROSÍM A PODEPIŠTĚ NÁSLEDUJÍCÍ USTANOVENÍ:**

Potvrzuji, že jsem četl a že rozumím výše uvedeným informacím, že jsem odpověděl na všechny otázky pravdivě a úplně a že jsem žádné závažné informace nezamlčel. Mé celkové zdraví je v pořádku. Má účast na semináři je na mou vlastní zodpovědnost.

Přeji si dostávat informace o Holotropním dýchání a další činnosti organizátora.

Přečetl jsem si podmínky zpracování údajů o mé osobě na adrese <https://holotropniterapie.cz/prohlaseni-o-nakladani-s-osobnimi-udaji/> a souhlasím s nimi.

\_\_\_\_\_

Podpis

Datum: