# **MBSR – Questionnaire confidentiel**

*Les informations contenues dans cette fiche sont de nature personnelle, elles permettent de mieux vous accompagner. Soyez assuré(e) de leur stricte confidentialité.*

Ce questionnaire formalise votre souhait d’inscription au cycle MBSR.

Il est à remettre à l’instructeur en séance d’orientation ou à retourner par courriel ou courrier : [richard@humanware.fr](mailto:richard@humanware.fr) – Richard Breitner – 66, rue de la fontaine – 92220 Bagneux.

Votre inscription sera confirmée directement en séance ou par courriel à réception de ce questionnaire et de votre règlement.Pour tous les détails pratiques, merci de consulter [www.humanware.fr](http://www.humanware.fr) ou l’instructeur par courriel ou téléphone.

**Nom et Prénom** :

**Dates du cycle :**

**Téléphone** (mobile de préférence) :

**Adresse courriel** :

**Adresse postale** :

Comment avez-vous découvert ce programme ?

Qu’est-ce qui vous amène à vous engager dans un programme MBSR ? Quelles sont vos attentes ?

Qu’est-ce qui compte le plus pour vous ?

Qu’est-ce qui vous procure le plus de plaisir ?

Qu’est-ce qui vous inquiète le plus ou quels sont les aspects les plus stressants de votre vie ?

Problèmes physiques qui rendent difficiles les mouvements doux, la marche ou l’assise :

Pratiquez-vous une activité physique ? Si oui, laquelle ?

Comment est votre sommeil ?

Avez-vous déjà bénéficié ou bénéficiez-vous d’un accompagnement psychothérapeutique ?

Êtes-vous actuellement sous traitement médicamenteux ? Lequel ?

Vous est-il arrivé d’avoir des pensées suicidaires ?

Avez-vous une relation de dépendance avec une ou plusieurs substances (tabac, alcool, drogue, médicaments)?

**En cas de suivi psychologique** : Je m’engage à informer mon psychiatre ou médecin référent de mon intention de participer à ce programme. Je reconnais par ailleurs qu’il s’agit d’un outil éducatif et préventif ne pouvant se substituer à un accompagnement psychothérapeutique ou à un traitement, que je m’engage à ne pas interrompre, sans avis médical.

Coordonnées de mon psychiatre ou médecin référent, à utiliser uniquement en cas de besoin : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Y-t-il d’autres informations que vous souhaiteriez partager avant le programme ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Date et Signature** (si vous remplissez ce questionnaire électroniquement, indiquez votre nom) : |  |