



SCHEDA

DA COMPILARE PER ISCRIVERSI

AL CICLO DI N.4 INCONTRI

**MEDITAZIONE PER LA SALUTE ADDESTRAMENTO TECNICHE ANTISTRESS METODO
PNEIMED 2° SEQUENZA ESERCIZI**

CONDOTTO DALLA DOTT.SSA MONICA MAMBELLI

CONSENSO INFORMATO:

Il percorso di addestramento al metodo PNEIMED ha l'obiettivo di affrontare il disagio e la sofferenza da Stress nell'ottica della Psico-Neuro-Endocrino-Immunologia (PNEI) che studia lo stretto rapporto Psiche-Cervello-Corpo.

Questo addestramento si propone come un percorso Teorico ed Esperenziale di approfondimento; intende da un punto di vista teorico presentare le finalità del Metodo PNEIMED e mediante l'esperienza diretta degli esercizi, ha lo scopo di fare entrare il partecipante in contatto con il proprio corpo, di conoscerlo e ricordarlo, inoltre gli esercizi di visualizzazione aiuteranno a potenziare quattro particolari funzioni psichiche, dagli effetti particolarmente benefici e rigeneranti, se sviluppate con rispetto e continuità: la consapevolezza, l'attenzione la concentrazione e la compassione (o sensibilità affettiva).

In sintesi la finalità principale di questo percorso è di fare apprendere al partecipante la Seconda Sequenza di Esercizi con lo scopo di approfondire e mantenere attivo un percorso di consapevolezza per una gestione positiva dell'evento stressante e delle sue manifestazioni sul piano sia fisico sia psichico. Tale acquisizione permetterà alla persona di realizzare uno stato di rilassamento e di benessere fisico e psichico sempre più profondi, al fine di migliorare la conoscenza di sé e la gestione della propria salute.

Firma

Nome:	Cognome:
Luogo di nascita	data nascita
Residente a	in VIA
Codice Fiscale n.	

1. Quale motivazione le ha fatto scegliere di procedere ad approfondire questo percorso di addestramento al metodo PNEIMED?

2. Da chi e dove ha ricevuto l'addestramento alla 1° sequenza di esercizi PneiMed?

3. Da quanto tempo sta praticando meditazione PneiMed?

4. Pratica giornalmente?

- Sì
- No quante volte alla settimana?

Tutti e quattro gli esercizi della prima sequenza?

- Sì
- No

- Quanto tempo dura in totale la meditazione?

Sente di aver ottenuto dei risultati?

- Se Sì
- Quali?

➤ NO

5. Nel corso della sua vita ha mai avuto disagio psichico?

- SI

Se Sì lo descriva:

- NO

6. Se Sì, si è mai rivolto ad uno specialista Psichiatra?

- SI
- NO

7. Fa uso di Psicofarmaci?

- SI
- NO

8. Se Sì indichi quali

9. Fa uso di altri farmaci?

- SI indichi quali
- NO

10. Si è mai rivolto ad uno specialista Psicologo?

- SI
- NO

11. Ha mai fatto un trattamento di Psicoterapia?

- SI
- NO

12. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti?

- SI

Se, SI quando?

Quali sostanze?

Per quanto tempo?

- NO

13. Ha mai fatto abuso di alcol?

- SI
- NO

Forlì 20/01/2018

Firma