

2024公益催眠諮詢表

International Association of Counselors and Therapists

個案基本資料

姓名: _____ 手機號碼: _____

出生年月日: _____ 年齡: _____ 女 男 其它

居住地址: _____ 宗教信仰: _____

婚姻狀態: 已婚 未婚 其它 教育程度: _____

E-mail: _____ 職業/職位: _____

緊急聯絡人: _____ 關係: _____ 聯絡方式: _____

催眠主題:

請在此處寫下您想要安排的公益催眠議題:

催眠經歷調查

請勾選下列任何適用於您的選項:

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 第一次催眠 | <input type="checkbox"/> 癲癇 | <input type="checkbox"/> 菸 |
| <input type="checkbox"/> 曾否罹患氣喘 | <input type="checkbox"/> 高血壓 | <input type="checkbox"/> 酒 |
| <input type="checkbox"/> 使用心律調節器 | <input type="checkbox"/> 心臟疾病 | <input type="checkbox"/> 茶 |
| <input type="checkbox"/> 是否有身障手冊 | <input type="checkbox"/> 身心疾病 | <input type="checkbox"/> 咖啡 |
| <input type="checkbox"/> 家族病史: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> 目前是否有在服藥: _____ | | |

簽名: _____ 日期: _____



催眠同意書

先生/女士，您好：

在進行催眠服務之前，敬請仔細閱讀以下條款。如有任何疑問，歡迎隨時與我們討論。

一、催眠服務次數：

- 由於這是一場公益催眠活動，每位參與者僅限一次服務，旨在幫助您在這一小時內深入探索自我、釋放壓力。您有權在任何時候選擇停止催眠服務，請與催眠師充分溝通，並提出終止服務的要求。

二、保密政策：

- 此活動屬於公益性質，不涉及健康保險記錄。
- 催眠師將對您的個人資料進行嚴格保密，除非獲得您的明確同意，否則不會向任何不必要的第三方披露。
- 催眠過程中會進行錄音或錄影，這是根據催眠協會的規定，以保障個案及催眠師的權益。這些記錄僅限於催眠過程使用，不會用於其他用途，且在未經您的事前同意下，不會向任何第三方公開或分享。
- 特定情況下（如危及生命、自由、財產及安全，或涉及法律責任時），我們可能無法完全保密。
- 您應在隱私且不受干擾的環境中接受催眠服務，並禁止未經授權的錄音、錄影或直播等行為。違反此規定的行為將依法追究。

三、時間與收費：

- 本次公益催眠服務的時長為60分鐘，公益價格為1000元。
- 全數善款將捐贈給【現代婦女基金會-用愛守護-受暴家庭扶助計畫】。
- 若您無法按時參加會談，請至少於約定時間前48小時通過官方INEL告知我們，以便妥善安排其他有需要的參加者。

同意與協議

本人已詳細閱讀並理解上述同意書內容，對於任何不清楚的部分，我有權隨時提出詢問。我同意參加公益催眠服務，並充分了解作為參與者所享有的權利與應盡的責任。

個案簽名:

催眠師簽名:

Date:

Date:

