



CLIENT'S INFORMATION SHEET (General) क्लायंट सूचनाएँ पत्र (सामान्य)

(Kindly Fill the Form either or both in English/Hindi language)

कृपया फार्म को दोनों या कोई एक में से अंग्रेजी व हिन्दी भाषा में भरें।

Date: _____
दिनांक

Name: _____
नाम

Contact No. _____ **Email** _____
संपर्क न०. ईमेल

Address: _____
पता

Date Of Birth: _____ **Age** _____ **Sex** _____
जन्म तिथि उम्र लिंग

Occupation: _____
व्यावसाय

Marital Status: Single Married Divorce Separation Widow/Widower
वैवाहिक स्थिति अविवाहित विवाहित तलाकशुदा अलगाव विधवा/विधुर

Name Of Spouse _____ **Spouse's Occupation** _____
पति/पत्नी का नाम पति/पत्नी का व्यावसाय

Name & Phone No. of Close friend or Relative to contact in Emergency
किसी करीबी दोस्त अथवा रिश्तेदार का नाम और संपर्क न०.(आपातकालीन)

How did you hear about my services?

आपको हमारे बारे में कहाँ और कैसे पता चला ?

Do you have any Presenting Medical Condition that I should be aware of ?

क्या आप किसी ऐसी बीमारी से पीड़ित हैं जिसकी जानकारी हमें देना आवश्यक है।

What Medications are you currently on?

आप वर्तमान में क्या दवाएँ ले रहे हैं।

Clinical Data:(चिकित्सा संबंधी विवरण)

Are you currently seeing a therapist or psychiatrist - what is their name and phone number? Please attach photocopy of prescriptions.

क्या आप किसी चिकित्सक या मनोचिकित्सक की देखरेख में हैं। उनका नाम और फोन न०.क्या है। कपया चिकित्सक के पर्चों को फोटोकापी संलग्न करें।

SR.NO. क्रम संख्या	DOCTOR'S NAME चिकित्सक या मनोचिकित्सक का नाम	PERIOD समय और अवधि	DIAGNOSIS जांच और बीमारी	MEDICATION दवाएँ	REMARKS अन्य विवरण

State in your own words the nature of your problems and duration of time.

आप शब्दों में अपनी समस्या का वर्णन करें तथा उसका समय और अवधि लिखें।

With Whom have you previously shared about your present problems other than Doctors.

क्या चिकित्सक के अलावा आपने पहले किसी ओर से अपनी समस्याओं को साझा किया है?

What results would you like to have therapists at the conclusion of your session?

आप अपने सत्र के समाप्ति पर चिकित्सक से किस परिणाम की अपेक्षा करते हैं।

Authorization Statement

I, the undersigned , understand all questions and verify that all information is Complete and accurate to the best of my knowledge. I also understand that the Hypnotic methods used by hypnotists are not a substitute for medical or psychiatric treatment . I understand these methods to be a conditioning process, whereby an individual is taught to use their own abilities for their benefit and wellbeing . With This understanding, I hereby grant the Hypnotist permission to hypnotize me or the Minor child (under Parents guidance) whose name appears at the top of this form.

I (we) further grant permission for the sessions to be recorded/taped as needed.

I know my progress is dependent upon my efforts . I understand that the success of the treatment will be in direct proportion to my commitment to the end result.

I understand that during the Hypnotherapy session, the hypnotherapist may touch me as an anchoring technique. I hereby give my permission for such touch to take place during my session.

I (we) agree to pay for services rendered to the above named client as the charge is incurred.

अनुज्ञा पत्र

मैं अधोहस्ताक्षरकर्ता भलीभांति सभी प्रश्नों को समझ गया हूँ। मैं यह भी समझ गया हूँ कि सम्मोहनविद द्वारा उपचार हेतु जो भी प्रक्रिया अपनाई जायेगी वह मनोचिकित्सक द्वारा किये जाने वाले चिकित्सा का विकल्प नहीं है। मैं यह भी समझता हूँ कि सम्मोहन उपचार के अन्तर्गत किये जाने वाले प्रयोग व्यक्ति को उसके आन्तरिकक्षमाताओं में प्रशिक्षित करके उसके कुशलक्षेम हेतु लाभ पहुंचाना है। यह प्रयोग व्यक्ति के अंतर्मान में परिवर्तन लाकर इच्छानुकूल स्थिति पैदा करना है जिससे उसके अंतर्द्वंद का निराकरण हो सके। अतः मैं अपनी स्वेच्छा से सम्मोहनविद को सहमति प्रदान करता हूँ कि मुझे सम्मोहन में ले जायें।

मैं सम्मोहन सत्र के दौरान अनुमति प्रदान करता हूँ कि सत्र की कार्यवाही को आवश्यकतानुसार रिकार्ड भी किया जा सकता है।

मैं समझ गया हूँ कि मेरी प्रगति पूर्ण रूप से मेरे ही प्रयासों पर निर्भर करती है। मैं समझता हूँ कि उपचार की सफलता का परिणाम पूर्णरूप से मेरी प्रतिबद्धता के अनुरूप ही होगी।

मैं सहमत हूँ कि सम्मोहन उपचार के दौरान सम्मोहनकर्ता मुझे ऐंकरिंग हेतु स्पर्श कर सकता है। मैं सत्र के दौरान स्पर्श करने की अनुमति प्रदान करता हूँ।

मैं उपरोक्त सेवाओं हेतु शुल्क देने को तैयार हूँ। मेरे द्वारा प्रदत्त सभी सूचनाएँ मेरी जानकारी में पूर्ण एवं सत्य हैं।

इस दस्तावेज़ में हस्ताक्षर करके मैं इसकी पुष्टि कर रहा हूँ।

Confidentially(गोपनीयता)

Matters regarding your sessions will be kept confidential. Your Signature below constitutes you giving permission for consultations with any professionals who might be helpful in Therapy.

इस सत्र के दौरान पूर्ण गोपनीयता बरती जाएगी। आपके हस्ताक्षर मुझे अन्य चिकित्सकों से विचार विमर्श की अनुमति प्रदान करती है जो आपके उपचार में सहायता देगी।

Fee Structure☺ (Please tick)

- Counselling - 250/-**
- First Session Fee – 1500/-**
- Subsequent Session – 1200/-**
- Past life Regression Therapy – 1800/-**

Signature: _____

Date: _____

Family Data:(पारिवारिक विवरण)

Father's Name: _____ **Mother's Name:** _____
पिता का नाम माता का नाम

Age: _____ **Age:** _____
उम्र उम्र

Living/dead: _____
जीवित/मुत्यु

Cause of Death: _____
मुत्यु का कारण

Occupation: _____
व्यवसाय

Give an impression of the home atomosphere you grew up in:

बचपन से लेकर अब तक अपने पारिवारिक वातावरण के संबंध में कुछ विवरण लिखें

Did you get along with your siblings?

क्या आपको आपने भाई बहनों का प्रेम मिला?

What areas of the family is there compatibility & in compatibility(both in In-laws home/house)?

परिवार के किस दायरे में संबंधों में मधुरता में एवं कटुता रही दोनो ससुराल और मायका पक्ष ?

Who are the most important people in your life?

आपके जीवन में कौन से लोग महत्वपूर्ण हैं।

SR NO.	Name नाम	Age उम्र	Relationship संबंध	Duration अवधि	Reason महत्वपूर्ण कारण

Personal Data:

Your Education Background: _____

आपका शैक्षिक पृष्ठभूमि

Your Occupation

In Present: _____

वर्तमान में आपका व्यावसाय

In Past: _____

अतीत में

Ambitions: महत्वाकांक्षा

Past अतीत _____

Present वर्तमान _____

Does your present job satisfy you?if not – in what ways are you dissatisfied?

क्या आप अपने वर्तमान कार्य से संतुष्ट हैं?यदि नहीं तो किस प्रकार आप असंतुष्ट हैं?

Are you Introvert Extrovert (When meeting new people , please tick)

अंतरमुखी

बहिर्मुखी

Were you ever bullied or severely teased growing up?

क्या आपको बचपन में कभी गंभीरता से प्रताड़ित किया गया था?

List your main Fears/Phobias/Doubts in life:

आपके जीवन में प्रमुख आशंकाएँ अथवा भय क्या हैं।

Do you believe in past lives?

Yes

No

आप पिछले जन्म में विश्वास करते हैं ?

हां

ना

Do you faith in God?

Yes

No

आप भगवान में विश्वास करते हैं।

Do you Pray or Meditate? _____

क्या आप प्रार्थना या ध्यान करते हैं।

Name Three of your Favorite places

3 पसंदीदा स्थानों के नाम

1. _____ 2. _____ 3. _____

Circle your Favorite colors in order of preference:

टापने पसंदीदा रंगों के नाम क्रमवार से सर्कल करें

- 1. Red
- 2. Orange
- 3. Yellow
- 4. Green
- 5. Blue
- 6. Indigo
- 7. Violet

- 1. लाल
- 2. नारंगी
- 3. पीला
- 4. हरा
- 5. नीला
- 6. गहरा नीला
- 7. बैंगनी

List Three of your Hobbies

3 रुचिपूर्ण कार्यों के नाम

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

Eating Habits: आहार विवरण:

Current Diet : _____

वर्तमान खानपान

How many meals do you eat each day? _____

आप दिन में कितनी बार भोजन करते हैं।

How much water? _____

कितना पानी पीते हैं।

Addictions to:

(लत या आदत)

Coffee/Tea

कॉफी / चाय

Alcohol

शराब

Smoking

घूम्रपान

Drugs

नशा

Cravings For:

लालसा/बहुत इच्छा

Cold Drinks

कोल्ड ड्रिंक्स

Sweet

मीठा

Sour

खटटा

Spices

तीखा

Salt

नमकीन

Meals भोजन	Timings भोजन का समय	What you eat? क्या खाते हैं ?
Breakfast नाश्ता		
Lunch दोपहरी भोज		
Dinner रात्रि-भोज		

Sleeping Habits: सोने की आदत

How many hours do you sleep? _____

आप कितने घंटे सोते हैं।

On Bed:

बिस्तर पर

Wake up:

जगना

Physical Activities: शारीरिक श्रम

How much Distance you walk daily and how many hours?

आप कितनी दूर तक टहलते और कितने समय तक?

Describe your Exercises(Yoga or Aerobics)/Gym/Play and how many hours?

आपने व्यायाम का विवरण और कितने समय तक?

Emotional:भावनात्मक

1. What would you do if you were told you only had 6 months to live? That is to say and you have a perfect health. What you do, what would you change and how would you spend your time?

यदि आपके पास मात्र 6 माह जीवन शेष हो तो आप क्या करना चाहेंगे? इसका अर्थ यह है कि यदि आप पूर्ण रूप से स्वस्थ हैं तथा आपके पास मात्र 6 माह जीवन के शेष हैं तो आप किस प्रकार जीवन में परिवर्तन करना चाहेंगे या अपने समय को कैसे व्यतीत करना चाहेंगे।

2. What things or actions on your part give you the greatest feeling of self worth, recognition or importance.

आपके जीवन में वे कौन सी वस्तुएँ हैं अथवा कौन से कार्य हैं जिनसे आपको पूर्ण संतुष्टि का आभास मिलता है तथा जिसने आपको एक विशेष पहचान दी है एवं आत्म संतुष्टि प्रदान की है ?

Positive Events सकारात्मक घटनाओं का वर्णन	Negative Events नकारात्मक घटनाओं का वर्णन

Future Planning: भविष्य की योजना

Sr.No.	Desire / Planning / इच्छा / योजना

Write on “ Myself”(10-15 lines, in ENGLISH ONLY)

अपने बारे में अंग्रेजी भाषा मेंकुछ लिखें (**10-15 lines**)