

NOME: _____

ENDEREÇO: _____

CIDADE: _____ CEP: _____

TELEFONE: _____ E-MAIL: _____

DATA DE NASCIMENTO: _____ SIGNO: _____

1) ALIMENTAÇÃO: _____ TEM FOME? _____

2) DIGESTÃO: _____ RÁPIDA OU LENTA? _____

3) INTESTINO: _____ SOLTO/PRESO? _____

4) GASES: _____ TEM PRISÃO DE VENTRE? _____

5) SONO: _____ 6) QUANTAS HORAS COSTUMA DORMIR? _____

7) A QUE HORAS PROCURA DORMIR? _____

8) TEM SONO DURANTE O DIA? _____ 9) QUE HORAS NORMALMENTE? _____

10) TEM SONHOS? _____ 11) DE QUE TIPO? _____ 12) ELES SE REPETEM? _____

13) QUE HORAS COSTUMA ACORDAR? _____ 14) ACORDA CANSADO? _____

15) TEM BOA DISPOSIÇÃO FÍSICA? _____

16) COMO VOCÊ CLASSIFICA SUA SEXUALIDADE? _____

17) SENTE DESEJO SEXUAL? _____

18) SENTE SEMPRE PRAZER NAS SUAS RELAÇÕES SEXUAIS? _____

19) VOCÊ PARTICIPA DE ALGUM GRUPO DE CONVIVÊNCIA? _____

20) VOCÊ GOSTA DE LEITURA? _____ 21) DE QUE TIPO? _____

22) QUAIS SEUS TEMAS PREFERIDOS? _____

A) MEDO

1) VOCÊ SENTE SENSAÇÃO DE IMPOTÊNCIA DIANTE DE ALGUM PROBLEMA? _____

2) VOCÊ SENTE ALGUM TIPO DE PÂNICO? _____

3) TEM ALGUM TIPO DE FOBIA? _____

4) TEM MEDO DE PERDER O CONTROLE? _____ 5) TEM MEDO DE MORRER? _____

6) TEM MEDO DE TER UM ATAQUE DE HISTERIA E "FAZER UMA BESTEIRA"? _____

7) VOCÊ TEM SENSAÇÃO PREMONITÓRIA? UM JEITO RUIM, UMA ANGUSTIA, UMA SENSAÇÃO QUE PARECE QUE VAI ACONTECER ALGUMA COISA MAS NÃO SABE O QUE É _____

8) VOCÊ TEM MEDO QUE ACONTEÇA ALGUMA COISA PARA ALGUÉM QUE GOSTE _____

B) INDECISÃO

1) VOCÊ SE CONSIDERA INDECISO? _____

2) VOCÊ PERGUNTA AOS OUTROS O QUE DEVE FAZER? _____

3) SE TIVER DUAS COISAS E VOCÊ PRECISA DECIDIR POR UMA DELAS, VOCÊ DECIDE RÁPIDO OU FICA NA DÚVIDA? _____

4) VOCÊ TEM NÁUSEAS? _____ 5) VOCÊ TEM DESANIMO _____

6) JÁ CHEGOU AO DESESPERO? DO TIPO ASSIM: "NÃO ADIANTA MAIS, NÃO VALE A PENA TENTAR, CHEGA, NÃO DÁ MAIS?" _____

7) VOCÊ TEM PREGUIÇA? _____

8) VOCÊ TOMA DECISÕES PROFISSIONAIS OU PRECISA DE AJUDA PARA ABRIR CAMINHOS PARA TOMAR DECISÕES? _____

C) DESINTERESSE

1) VOCÊ DE VEZ EM QUANDO ESTÁ NO "MUNDO DA LUA"? _____

2) VOCE TEM DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO? _____

3) VOCÊ É UMA PESSOA LIGADA AO PASSADO? O PASSADO VEM MUITO À SUA CABEÇA? _____

4) VOCÊ JÁ CHEGOU A PENSAR QUE NO PASSADO VOCÊ ERA MAIS FELIZ? _____

5) O SEU LADO FÍSICO, SEU CORPO, SUA APARÊNCIA, VOCÊ TEM SE CUIDADO OU NÃO TEM "DADO BOLA" PARA ISSO? _____

6) VOCÊ SE CONSIDERA NUM MOMENTO DE ESTRESS? _____

7) TEM SENTIDO CANSASO FÍSICO E MENTAL? _____

8) VOCÊ É DO TIPO QUANDO COLOCA UMA IDÉIA NA CABEÇA NÃO "HÁ CRISTO QUE TIRE"? ELA FICA MARTELANDO NA SUA CABEÇA? _____

9) VOCÊ TEM TRISTEZA? MELANCOLIA? _____

10) VOCÊ TEM DIFICULDADE PARA APRENDER OU APRENDE FÁCIL? _____

11) VOCÊ SE JULGA UMA PESSOA QUE REPETE OS MESMOS ERROS? EX: "NUNCA MAIS EU FAÇO ISSO" E DE REPENTE SE PEGA FAZENDO A MESMA COISA? _____

D) SOLIDÃO

1) VOCÊ TEM SOLIDÃO? _____

2) VOCÊ TEM DIFICULDADE DE EXPRESSAR PARA OUTRA PESSOA O QUE VOCÊ ESTÁ SENTINDO "DENTRO DO PEITO"? _____

3) VOCÊ TEM DIFICULDADE DE SER ENTENDIDO? ÀS VEZES DÁ A IMPRESSÃO QUE AS PESSOAS NÃO TE ENTENDEM? _____

4) VOCÊ TEM IRRITAÇÃO? IMPACIÊNCIA? IMPULSIVIDADE? _____

5) VOCÊ QUANDO GOSTA DE UMA PESSOA "GRUDA" NELA FEITO UMA CRIANÇA CARENTE? UM POUCO "CHICLETE"? _____

E) INFLUÊNCIA À IDÉIAS

1) VOCÊ TEM IDÉIAS PRÓPRIAS OU É "AQUILO QUE OS OUTROS QUEREM QUE VOCÊ SEJA"?

2) VOCÊ É DAQUELE TIPO DE PESSOA QUE DIZ QUE "ESTÁ TUDO BEM", MAS NA VERDADE NÃO É NADA DISSO? _____

3) VOCÊ JÁ SE SENTIU "CAPACHO" DE ALGUÉM? _____

4) VOCÊ JÁ SE SENTIU USADO EM VEZ DE AMADO? _____

5) VOCÊ ACEITA QUE A OUTRA PESSOA FAÇA AQUILO QUE ELA QUER FAZER, MESMO QUE VOCÊ NÃO CONCORDE, MAS ACEITA SÓ PARA NÃO "ARRUMAR ENCENÇA" POR ACHAR QUE É MELHOR ASSIM? _____

6) VOCÊ ÀS VEZES SE JULGA CARENTE DE PROTEÇÃO? TEM IMPRESSÃO DE ESTAR DESPROTEGIDO? _____

7) SE VOCÊ PUDESSE, GOSTARIA DE ROMPER CERTOS LAÇOS DO PASSADO? _____

8) SE VOCÊ PUDESSE GOSTARIA DE QUEBRAR A ESTRUTURA COMPORTAMENTAL QUE VOCÊ TEM E CONSTRUIR UMA NOVA ESTRUTURA DE VIDA? _____

9) VOCÊ SE ACHA NUM MOMENTO DE TRANSIÇÃO? _____

10) VOCÊ TEM VERRUGA, MANCHA OU ALGUM SINAL NO CORPO? DE QUE TIPO?

11) VOCÊ JÁ TEVE SINUSITE? RINITE? DORES NAS ARTICULAÇÕES EM ALGUM LUGAR?

12) QUANDO A RAIVA VEM FORTE VOCÊ COLOCA PARA FORA OU ENGOLE DE VOLTA?

13) VOCÊ É CIUMENTO? _____

14) VOCÊ É DO TIPO QUE GUARDA TUDO DENTRO DE VOCÊ? _____

F) DESALENTO

1) VOCÊ NÃO ACREDITA NO SEU POTENCIAL OU VOCÊ ACHA QUE TEM TALENTO?

2) SE VOCÊ FOSSE DAR UMA NOTA PARA SUA AUTO-ESTIMA QUE NOTA VOCÊ DARIA?

3) VOCÊ TEM ALGUM TIPO DE SENTIMENTO DE CULPA? MESMO QUE SEJA POR ERRO DOS OUTROS, QUE VOCÊ ACHA QUE TEM CULPA? _____

4) VOCÊ SE ACHA UMA PESSOA COM SOBRECARGA DE TAREFA OU DE RESPONSABILIDADE? "ÀS VEZES ACHA QUE É MUITO PESO NAS SUAS COSTAS?"

5) TEM DETERMINADOS MOMENTOS DE SUA VIDA QUE VOCÊ ACHA QUE NÃO TEM MAIS LUZ NO FIM DO TÚNEL? _____

6) VOCÊ SE ACHA NUM MOMENTO DE DEPRESSÃO? _____

7) VOCÊ TEM ALGUM SENTIMENTO DE PERDA? _____

- 8) VOCÊ SE LEMBRA DE ALGUM TRAUMA DA SUA VIDA? DESDE SUA INFÂNCIA ATÉ ESTA DATA? _____
- 9) JÁ TEVE MOMENTO DE SUA VIDA QUE VOCÊ ACHOU QUE NÃO IA SUPORTAR O CHOQUE QUE SOFREU? _____
- 10) O QUE A PALAVRA SEPARAÇÃO REPRESENTA PARA VOCÊ? _____
- 11) MESMO NÃO QUERENDO, DENTRO DE VOCÊ TEM ALGUMA FRUSTRAÇÃO, MÁGOA OU RESSENTIMENTOS? _____
- 12) VOCÊ SE CONSIDERA UMA PESSOA HONESTA E RESPONSÁVEL? _____
- 13) VOCÊ LEVA SUA VIDA A "FERRO E FOGO"? É MUITO RÍGIDO COM VOCÊ MESMO?

- 14) ÀS VEZES VOCÊ TEM A SENSACÃO DE ESTAR PASSANDO PELA VIDA, MAS NÃO ESTÁ VIVENDO A VIDA? _____
- 15) NA SUA VIDA É MUITO MAIS DEVER DO QUE LAZER? _____
- 16) VOCÊ TEM HÁBITOS OU VÍCIOS QUE LEVAM À INTOXICAÇÃO? _____
- 17) VOCÊ TEM PROBLEMAS DE PELE? QUAL? _____
- 18) VOCÊ ESTÁ CONTENTE COM SEU PESO? QUE MUDANÇA GOSTARIA?

- G) PREOCUPAÇÃO EXCESSIVA COM OS OUTROS

- 1) VOCÊ SE JULGA UMA PESSOA CONTROLADORA? _____
- 2) VOCÊ SE JULGA UMA PESSOA HIPERATIVA? FAZ VÁRIAS COISAS AO MESMO TEMPO?

- 3) ÀS VEZES VOCÊ DESRESPEITA O RITMO DE SEU CORPO? VOCÊ TEM PRESSÃO ALTA?

- 4) VOCÊ TEVE UMA DISCUSSÃO E ESTAVA COM A RAZÃO MAIS NÃO FOI OUVIDA, O TEMPO PASSOU E NINGUÉM SE LEMBRA DO EPISÓDIO. MAS A PRIMEIRA OPORTUNIDADE VOCÊ SENTE UMA VONTADE DE "DAR UMA ALFINETADA" PARA QUE A PESSOA SAIBA QUE VOCÊ NÃO ESQUECEU AQUILO AINDA. VOCÊ É ASSIM? _____
- 5) VOCÊ SE JULGA UMA PESSOA CRÍTICA? ÀS VEZES NÃO INTERFERE NO QUE FOI FEITO, MAS FICA DE LONGE CRITICANDO O QUE ESTÁ SENDO FEITO? _____
- 6) VOCÊ SE JULGA UMA PESSOA RÍGIDA E ATÉ INFLEXÍVEL? _____
- 7) VOCÊ É MUITO RÍGIDA COM VOCÊ MESMO, E COM OS OUTROS TAMBÉM? _____
- 8) VOCÊ TEM PROBLEMAS DE JOELHOS OU QUALQUER ARTICULAÇÃO? _____

OBS: ACRESCENTE AS INFORMAÇÕES ADICIONAIS QUE SE LEMBRAR, É DE MUITA IMPORTÂNCIA PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO.

