

MEDICAL INFORMATION FORM FOR HOLOTROPIC BREATHWORK

Holotropic Breathwork™ (HB) is intended as a personal growth experience and should not be looked upon as a substitute for psychotherapy. Holotropic Breathwork™ can involve experiences accompanied by strong emotional and physical release. This workshop is not appropriate for pregnant women, or for persons with cardiovascular problems, severe hypertension, severe mental illness, recent surgery or fractures, acute infectious illness, or epilepsy.

If you have any doubt about whether you should participate, consult your physician or therapist, as well as the facilitators before attending. The answers to the following questions are to assist your facilitators and will be kept strictly confidential. **Please answer all questions.**

1. Do you have a history of, or currently suffer from any of the following (write **Y** for Yes and **N** for No):

	Yes	No
a. Cardiovascular disease, including heart attacks	_____	_____
b. Severe mental illness	_____	_____
c. High blood pressure	_____	_____
d. Recent surgery	_____	_____
e. Past or recent physical injuries, including fractures or dislocations	_____	_____
f. Recent or current infectious or communicable diseases	_____	_____
g. Glaucoma	_____	_____
h. Retinal detachment	_____	_____
i. Epilepsy	_____	_____
j. Osteoporosis	_____	_____
k. Asthma (If yes, please bring your inhaler to the workshop.)	_____	_____
2. Are you currently pregnant?	_____	_____
3. Have you ever been hospitalized for medical reasons?	_____	_____
4. Have you ever been psychiatrically hospitalized?	_____	_____
5. Are you currently in therapy or involved in any type of support groups?	_____	_____
6. Are you currently taking any type of medication?	_____	_____
7. Is there anything else about your physical or emotional status we should be aware of?	_____	_____
<hr/>		
8. If there are any potential concerns or contraindications to your attendance and participation in HB, have you consulted with your physician or psychotherapist?	_____	_____
9. Have you been through a spiritual or emotional experience/emergence that prevented you from functioning in your daily life?	_____	_____

If you answer "yes" to any of these questions, please explain or elaborate on a separate sheet.

PLEASE READ AND SIGN THE FOLLOWING STATEMENT

I hereby confirm that I have read and understood the above information, and have answered all questions completely and honestly, and have not withheld any information. My general health, as far as I am aware, is good.

_____ Signature	_____/_____/_____ Age Date of birth	(____)_____ Phone number
_____ Printed Name	_____ e-mail address	____/____/_____ Date
Emergency contact name/phone: _____		(____)_____ _____

МЕДИЦИНСКАЯ ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА (холотропное дыхание)

Холотропное дыхание предназначено для получения опыта личностного роста и не может рассматриваться как часть психотерапии. Холотропное дыхание может включать в себя драматические переживания, сопровождающиеся сильными эмоциональными и физиологическими реакциями. В этом семинаре не могут принимать участие беременные женщины, люди с сердечно-сосудистыми проблемами, сильно повышенным давлением, серьезными душевными заболеваниями, недавно перенесенными операциями, свежими швами, обострениями инфекционных заболеваний и эпилепсией. Если Вы сомневаетесь относительно того, следует ли Вам принимать участие в семинаре, проконсультируйтесь со своим врачом или психотерапевтом, а также с ведущими семинара.

Ответы на следующие вопросы помогут вашим ведущим. Конфиденциальность данной информации гарантируется.

Ответьте как можно более подробно.

ДА НЕТ

1) Страдали ли Вы в прошлом или в настоящее время одним из следующих заболеваний:

- | | | | | |
|--|--|--|--|--|
| а) Кардиоваскулярные заболевания, включая сердечные приступы | | | | |
| б) Высокое кровяное давление | | | | |
| в) Серьезные психические заболевания | | | | |
| г) Недавние операции или физические травмы, включая переломы и вывихи | | | | |
| д) Недавние или текущие инфекции или заразные заболевания | | | | |
| е) Глаукома или отслоение сетчатки | | | | |
| ж) Эпилепсия | | | | |
| з) Остеохондроз | | | | |
| и) Астма (если "да", принесите ингалятор) | | | | |
| 2) Беременны ли Вы сейчас? | | | | |
| 3) Были ли Вы когда-либо госпитализированы по медицинским показаниям? | | | | |
| 4) Лежали ли Вы когда-либо в психиатрической клинике? | | | | |
| 5) Пользуетесь ли Вы сейчас услугами психотерапевта или какой-либо поддерживающей группы? | | | | |
| 6) Принимаете ли вы сейчас какие-либо лекарства? | | | | |
| 7) Были ли какие-то осложнения во время Вашего рождения? Кесарево сечение? Анестезия? | | | | |
| 8) Имеются ли у Вас какие-либо еще эмоциональные или физические особенности, на которые следует обратить внимание? | | | | |

Расшифруйте, пожалуйста, все ответы "Да". Используйте обратную сторону листа, если Вам потребуется дополнительное место.

Я подтверждаю, что я прочитал и понял всю информацию и ответил на все вопросы подробно и честно, ничего не утаив. Мое общее состояние здоровья, насколько я понимаю, хорошее.

фамилия
имя

подпись

(дата)

Телефон
E-mail