



## Centre de soins traditionnel Rasa Ayurveda

Chaitanya, Thittamangalam  
Kodunganoor P.O. Trivandrum, 695013  
Tél: 471-2365714

Veillez compléter ce formulaire et le renvoyer par fax au 001-908-292-1093 ou par email à [info@rasaayurveda.com](mailto:info@rasaayurveda.com)

*Toutes les informations suivantes seront traitées de façon confidentielle*

Nom et prénom:

Date de naissance :

Nom de jeune fille :

Enfants?

N. de jours disponibles pour le traitement :

Adresse :

Email :

Votre profession :

Numéros de téléphone

Portable :

Domicile :

Travail :

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Téléphone et email :

Dans quelle(s) langue(s) êtes vous capable de vous exprimer ?

Pourquoi vous intéressez-vous à l'Ayurveda ?

Qu'attendez-vous en particulier de votre séjour à Rasa Ayurveda ?

\_\_\_ Amélioration d'un problème de santé particulier ?

\_\_\_ Détoxification ou désintoxication

\_\_\_ Rajeunissement

\_\_\_ Relaxation

\_\_\_ Comprendre comment manger et vivre de façon équilibrée

\_\_\_ Autre (préciser)

Si vous venez pour un problème de santé particulier, quel est il ?

Depuis combien de temps en souffrez-vous ?

Quel traitement avez-vous reçu et quand ?

Etes-vous actuellement suivie par un médecin ?

Pour traiter quelle affection ?

Comprend-il/elle pourquoi vous venez à Rasa Ayurveda ?

Souffrez-vous d'allergies? Si oui, indiquez les substances concernées et les réactions qu'elles vous provoquent.

Suivez-vous un régime particulier? Décrivez s'il vous plait?

Veillez fournir la liste des médicaments, plantes médicinales, compléments ou autres que vous prenez en ce moment ou avez pris récemment.

**1) Nom du médicament ou autre**

Qui vous l'a recommandé et pourquoi?

Depuis combien de temps le prenez-vous ou quand avez-vous commencé à le prendre ?

Quand le prenez-vous et sous quelle forme?

Quels en sont les effets?

**2) Nom du médicament ou autre**

Qui vous l'a recommandé et pourquoi?

Depuis combien de temps le prenez-vous ou quand avez-vous commencé à le prendre ?

Quand le prenez-vous et sous quelle forme?

Quels en sont les effets?

**3) Nom du médicament ou autre**

Qui vous l'a recommandé et pourquoi?

Depuis combien de temps le prenez-vous ou quand avez-vous commencé à le prendre ?

Quand le prenez-vous et sous quelle forme?

Quels en sont les effets?

**4) Nom du médicament ou autre**

Qui vous l'a recommandé et pourquoi?

Depuis combien de temps le prenez-vous ou quand avez-vous commencé à le prendre ?

Quand le prenez-vous et sous quelle forme?

Quels en sont les effets?

**5) Nom du médicament ou autre**

Qui vous l'a recommandé et pourquoi?

Depuis combien de temps le prenez-vous ou quand avez-vous commencé à le prendre ?

Quand le prenez-vous et sous quelle forme?

Quels en sont les effets?

Si vous avez besoin de plus d'espace, continuez sur une page blanche.

NB : Veuillez apporter avec vous au Centre de soins traditionnel Rasa Ayurveda, tests et analyses récents concernant votre état de santé si nécessaire.

Je certifie que les informations fournies sont à ma connaissance véridiques et exactes.

---

Nom en caractères / Signature / Date  
d'imprimerie