|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nome:** |  | **Sobrenome:** |  |
| **Sexo:** |  | **Estado civil:** |  |
| **Nascimento:** |  | **Profissão:** |  |
| **Rua:** |  | **Cidade/Estado:** |  |
| **Telefone:** |  | **Celular:** |  |
| **Mail:** |  |  |  |

Porque você esta querendo fazer uma sessão de QHHT (hipnoterapia quântica)?:

|  |
| --- |
|  |

Os problemas que você quer resolver agora na sua vida (por ordem de importância) :

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

O que você quer melhorar em você ou em sua vida (por ordem de importância):

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

Os seus 5 a 10 objetivos de vida mais importantes que você ainda sonha em realizar (por ordem de importância)? \*

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

Os 5 acontecimentos mais felizes da sua vida (em ordem cronológica, com a data)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |

Histórico da sua saúde: 5 a 10 fatos mais significativos \*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ano** | **Doença/Problema** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

As 10 pessoas mais significativas da sua vida: Nome da pessoa e relação com você (pai, irmão, filho, namorado, etc.)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |

Você pode perguntar qualquer coisa ao seu Ser superior, que sabe tudo do seu passado e futuro. Escreva em ordem de importância 10 a 20 perguntas relevantes em qualquer área da sua vida (relacionamentos, saúde, trabalho, espiritualidade, etc.)

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |
| 8 |  |
| 9 |  |
| 10 |  |
| 11 |  |
| 12 |  |
| 13 |  |
| 14 |  |
| 15 |  |
| 16 |  |
| 17 |  |
| 18 |  |
| 19 |  |
| 20 |  |

*Quer contar mais uma coisa sobre você ou sobre a sua historia?*

|  |
| --- |
|  |