

**Fale mais sobre seu momento!**

Nome: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_

Como nos encontrou? \_\_\_\_\_

**Tem alguma doença crônica?**

Sim ( )

Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

**Tem algum distúrbio de ansiedade?**

Sim ( )

Não ( )

Qual? \_\_\_\_\_

Numa graduação de 1 a 5 responda o nível dessas condições. (Sendo 1 para pouco e 5 para muito:)

**Ansiedade:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Stress:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Irritabilidade:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Falta de concentração:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Dores musculares:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Dores no pescoço:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Dores nas costas:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Qualidade do sono:**

1 ( )

2 ( )

3 ( )

4 ( )

5 ( )

**Possui marcapasso?**

Sim ( )

Não ( )

Tem epilepsia?

Sim ( )

Não ( )

O que te fez procurar a Terapia da Flutuação?

---

O que você espera da Terapia da Flutuação?

---

Qual seu número de Roupão de banho? \_\_\_\_\_

Qual seu número de chinelo? \_\_\_\_\_