

## **Benvenuto al Centro Chiropratico Optimal Living!**

Benessere duraturo e vitalità sono un nostro diritto di nascita. Pochi sanno perché li perdiamo e come recuperarli. Al Centro Chiropratico Optimal Living troverete un approccio innovativo basato su 5 Pilastri che aiuterà voi e la vostra famiglia a recuperare il benessere ottimale.

Le esperienze fisiche, chimiche, emotive e mentali si accumulano tutti i giorni e possono interferire e mettere a prova l'espressione della vostra vitalità traducendosi in fastidi, dolori e malattie sia a livello fisico che mentale ed emotivo.

Questo viaggio inizierà con il Pilastro n. 1, ripristinare il Flusso Nervoso Ottimale tra cervello e corpo. Eliminando delicatamente le interferenze sul vostro potenziale attraverso le correzioni il vostro corpo comincerà a riorganizzarsi dall'interno all'esterno riportandovi ad una maggiore espressione di benessere.

Conoscervi ci aiuterà a capire chi siete, perché vi siete rivolti al Centro, cosa vi aspettate e cosa possiamo fare per aiutarvi nel vostro percorso verso il benessere.

Vi chiediamo di prendervi un paio di minuti per completare le informazioni. Se avete domande non esitate a contattarci.

Il Centro Chiropratico Optimal Living è felice di essere al servizio della vostra famiglia. Il nostro impegno è attivare le vostre risorse per esprimere il vostro massimo potenziale vitale così che possiate vivere la più alta espressione della salute, del benessere e della Vitalità Ottimale.

## INFORMAZIONI GENERALI

Nome..... Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... Provincia ..... CAP .....

Telefono/cellulare .....

Occupazione ..... Email .....

Data di nascita ..... Stato civile: single/sposato/divorziato/vedovo

Ha figli? SI / NO se si quanti e di che età? .....

I suoi figli vivono con lei? SI / NO

Codice Fiscale (per la fattura) .....

Come ha trovato il Centro Optimal Living?.....

**C'è qualcosa riguardo la sua spina dorsale o il suo sistema nervoso che dovremmo sapere?**

.....  
.....

**Perché si sta rivolgendo al nostro Centro?**

.....  
.....

**Qual è il livello di impegno che lei dedica a se stesso, alla sua vita e al suo viaggio verso il benessere?**

Alto..... Medio ..... Basso .....

**Nel Centro Optimal Living trasformiamo la vita delle persone basandoci su 5 Pilastri:**

1. Atteggiamento mentale ottimale
2. Flusso nervoso ottimale
3. Minerali e nutrienti ottimali
4. Biomeccaniche e movimento ottimali
5. Riduzione ottimale di stress e tossine

Iniziamo il suo percorso dal recupero dell'atteggiamento mentale e del flusso nervoso ottimali.  
Cos'altro vorrebbe ricevere al nostro Centro ? (Pilastri 3-5)

.....

## INFORMAZIONI SULLO STILE DI VITA

Tutto quello che abbiamo fatto nel passato contribuisce a ciò che siamo oggi (sia positivamente che negativamente). Il nostro obiettivo è quello di aiutare il suo corpo a liberarsi delle tensioni accumulate e più sappiamo di lei e meglio possiamo aiutarla nel suo percorso verso il benessere.

**Quali obiettivi vorrebbe raggiungere frequentando il Centro Chiropratico Optimal Living?**

.....

.....

### **Stress e traumi fisici.**

Lo stress e i traumi fisici sono una costante nella vita di tutti (anche inconsapevolmente). Ha avuto una nascita difficile? Un incidente stradale, un incidente sportivo, è caduto, si è fatto spesso male ecc ecc?

.....

.....

### **Stress e traumi chimici**

Gli agenti chimici assalgono il nostro corpo continuamente. La capacità del nostro corpo di interagire con gli agenti chimici e di eliminarli è direttamente collegato alla nostra Forza Vitale. Ha mai sofferto di asma, allergie, dipendenza da sostanze chimiche, intossicazione, uso di farmaci, precedenti di overdose o avvelenamento, tossine ambientali, ecc ecc?

.....

.....

### **Stress e traumi emotivi**

La nostra salute e il nostro benessere sono fortemente influenzate dal nostro benessere emotivo. Ha subito un divorzio difficile, una rottura, un lutto, un lavoro stressante, problemi in famiglia o qualunque altra forte esperienza emotiva?

.....

.....

### **Qualità dell'alimentazione (colazione, pranzo e cena)**

Mangia cibo tipo fast food, salta i pasti, fa una dieta? È vegetariano, vegano, crudista, macrobiotico, carnivoro?

Sente che le manca qualcosa? Quali sono i suoi obiettivi alimentari?

.....

.....

**Assunzione di liquidi**

Cosa beve (alcolici, caffè, tea, latte vaccino, bibite diet senza zucchero, bibite gassate ecc) e con che frequenza?

.....  
.....  
.....

**Attività fisica**

.....  
.....

**Che tipo di lavoro fa o come trascorre le sue giornate?**

.....

**Sempre in ambito lavorativo è un ambiente o esperienza poco o molto stressante?**

.....

**Quanto è soddisfatto della sua carriera?**

.....

**Ha un atteggiamento positivo o negativo nella sua vita? Perché?**

.....  
.....

**Quali medicine assume attualmente o ha assunto in passato** (farmaci da banco, medicinali con prescrizione medica, integratori alimentari, farmaci omeopatici, fitofarmaci, sostanze ricreazionali ecc)? Il nostro corpo tende continuamente e normalmente all'omeostasi e le sostanze esterne eccitano o deprimono la naturale capacità del corpo di tendere al suo equilibrio naturale.

.....  
.....

**C'è qualche altra informazione che pensa potrebbe essere rilevante?**

.....  
.....

**Grazie per il tempo che ci ha dedicato.  
La aspettiamo per offrirle tutto il nostro aiuto.**