

# Questionnaire d'analyse

(Version 4.4)

|   |       |
|---|-------|
| Nom, prénom :   | ..... |
| Date de naissance :   | ..... |
| Rue :   | ..... |
| Code postal, localité :   | ..... |
| Téléphone (pendant la journée) :  | ..... |
| Téléphone portable :  | ..... |
| E-mail :  | ..... |
| E-Mail 2 :  | ..... |
| Activité, profession :  | ..... |
| Employeur, fonction :   | ..... |
| Personnes qui vivent avec vous<br>(conjoint(e)/partenaire, enfants+âge) : | ..... |
| Date actuelle :   | ..... |

Madame, Monsieur,

Avec ce questionnaire, nous pouvons ...

- Reconnaître les causes individuelles de votre surpoids
- Évaluer vos risques personnels de santé et d'accident, ainsi que vos chances de rétablissement ou de soulagement
- Évaluer votre motivation et vos chances de réussite
- Faire les bonnes recommandations et fixer des priorités en fonction de la perte de poids
- Vous accorder une admission de base à un cours de Rebalance (cours de groupe ou coaching individuel télé-médical) si vos chances de réussite sont élevées OU vous
- Recommander une alternative, qui nous semblerait plus appropriée  
(par exemple: changement de médicament, attente, consultation de votre médecin de famille, traitement alternatif, traitement parallèle).

Les coûts de cette analyse et de cette consultation personnelle s'élèvent à CHF 140.- (sans autre obligation).

Si vous vous inscrivez au cours, ces frais uniques seront supprimés. Vous pouvez indiquer votre préférence à la fin du questionnaire.

Nous vous demandons maintenant de répondre aux questions suivantes avec soin et honnêteté. Vous aurez besoin d'au moins 30 minutes pour le faire.

Nous vous demandons également de bien vouloir remplir le questionnaire à l'écran (il peut être téléchargé sur notre site web [www.rebalance-group.ch](http://www.rebalance-group.ch)), de sauvegarder le questionnaire rempli sur votre ordinateur et de nous en envoyer une copie par e-mail. De cette manière, vous économisez les frais de port et vous nous aidez à simplifier l'administration. Vous pouvez aussi imprimer/remplir le questionnaire sur papier et l'envoyer par la Poste. Vous trouverez l'adresse électronique et l'adresse postale de retour à la fin du questionnaire.

## Quelles sont vos attentes concernant une réduction permanente de poids ?

|                        |  |                      |  |                |  |
|------------------------|--|----------------------|--|----------------|--|
| Poids souhaité, en kg. |  | Poids actuel, en kg. |  | Taille, en cm. |  |
|------------------------|--|----------------------|--|----------------|--|

(-10% à -15% du poids actuel est réaliste dans un premier temps et déjà très favorable à la santé)

|              |  |                   |
|--------------|--|-------------------|
| IMC actuel : |  | kg/m <sup>2</sup> |
|--------------|--|-------------------|

(IMC = poids en kg/taille en m/taille en m, par exemple 120 kg / 1,72 m / 1,72 m = 40, 6 kg/m<sup>2</sup>)

|   |  |
|---|--|
| Avantages attendus de la réduction de poids : |  |
|---|--|

|   |  |
|---|--|
| Quelle est l'importance d'une réduction de poids pour vous ? (Par exemple, plus important qu'un bijou, un voyage en vacances ou une nouvelle voiture) |  |
|---|--|

Thérapie conservatrice, uniquement avec un changement de régime alimentaire.  oui  non

Changement de régime avec l'aide de médicaments.  oui  non

Chirurgie du surpoids (chirurgie bariatrique).  oui  non

Si vous êtes intéressé(e) par une intervention chirurgicale, les conditions suivantes doivent être remplies de la part de la compagnie d'assurance maladie:

Âge: entre 18 et 60 ans  
 IMC: 35 et plus (à partir de 113 kg, avec une taille de 1,80 m)  
 Comorbidité: par exemple, diabète, hypertension artérielle, problèmes articulaires, etc.  
 Surpoids: depuis au moins 5 ans  
 Expérience de régime: au moins 2 ans, sous guidance professionnelle

|   |  |
|---|--|
| Que pourriez-vous imaginer comme changement de vos habitudes alimentaires tout au long de votre vie ? Qu'est-ce qui serait/ne serait plus acceptable? |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| Que ferait votre conjoint(e)/partenaire de vie (demandez-lui/la) pour vous aider à changer de vos habitudes alimentaires tout au long de votre vie ? Qu'est-ce qui serait/ne serait plus acceptable? |  |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| Êtes-vous prêt(e) à faire plus d'exercice ou de sport ? Dans quelle mesure? |  |
|---|--|

|  |  |
|--|--|
| Quels sont les passe-temps (hobbies) que vous avez toujours voulu commencer ou approfondir ? |  |
|--|--|

Vous sentez-vous discriminé(e) en raison de votre surpoids?

Dans la rue  oui  non

Au travail  oui  non

En privé  oui  non

|  |  |
|--|--|
| Autres inconvénients perçus à cause de votre surpoids? |  |
|--|--|

## Anamnèse familiale

Qui, dans votre famille, est en surpoids ?

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| Père <input type="checkbox"/> .....                   | Frère <input type="checkbox"/> ..... |
| Mère <input type="checkbox"/> .....                   | Sœur <input type="checkbox"/> .....  |
| Grand-mère paternelle <input type="checkbox"/> .....  | Fils <input type="checkbox"/> .....  |
| Grand-père paternel <input type="checkbox"/> .....    | Fille <input type="checkbox"/> ..... |
| Grand-mère, maternelle <input type="checkbox"/> ..... | Oncle <input type="checkbox"/> ..... |
| Grand-père, maternelle <input type="checkbox"/> ..... | Tante <input type="checkbox"/> ..... |

Qui, dans votre environnement, est en surpoids et pourrait être intéressé(e) à aborder avec vous le thème de la perte de poids (famille, amis, voisins, connaissances, parents, collègues de travail/club actuels et anciens)?

**Maladies dont souffrent des membres de votre famille ?** (Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent) :

|  |                          |                               |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| Glycémie (diabète sucré), si oui, qui ?<br>Type 1 (déjà enfant) <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | .....                         |
| Type 2 (diabète sucré lié à l'âge) <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/> | .....                         |
| Hypertension artérielle <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |
| Crise cardiaque <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |                               |
| AVC, attaque cérébrale <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                               |
| Formation de lipides sanguins (hypercholestérolémie) <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> |                               |
| Troubles de l'alimentation (boulimie, anorexie) <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |                               |
| Dépression <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> |                               |
| Cancer <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | Qui?<br><br>Quel type ? ..... |

**Anamnèse personnelle**

**Evolution de votre poids**

Étiez-vous déjà en surpoids dans votre enfance

oui  non

Étiez-vous déjà en surpoids à l'adolescence

oui  non

Quand la prise de poids a-t-elle commencé ?

|   |       |
|---|-------|
| Après une grossesse, votre mariage, la ménopause, lors de l'entrée dans la vie active/professionnelle, d'un changement d'emploi, d'un divorce, etc.) et pouvez-vous en donner les raisons ? | ..... |
| Après une phase de stress émotionnel (divorce, décès, problèmes d'emploi, etc.) ? Si oui, de quel type ?  | ..... |

**Souffrez-vous des maux suivants ?**

Diabète sucré de type 2 (diabète de l'adulte)

oui  non

Essoufflement (dyspnée à l'effort)

oui  non

Hypertension (hypertension artérielle)

oui  non

Autres maladies cardiovasculaires (infarctus, angine de poitrine)

oui  non

Lipides sanguins élevés (dyslipidémie, hypercholestérolémie)

oui  non

Augmentation de l'acide urique/goutte

oui  non

Thrombose, embolie

oui  non

Rétention d'eau (œdème)

oui  non

Maladie de reflux (éructations acides)

oui  non

Perte incontrôlée d'urine ou de selles (incontinence)

oui  non

Mal de dos

oui  non

Douleurs dans les hanches

oui  non

Problèmes de genoux (gonalgie)

oui  non

Douleurs concernant les articulations du pied

oui  non

Douleurs au talon

oui  non

Humeur dépressive

oui  non

Allergies

oui  non

Si oui, desquels?

Seulement les femmes : PCO (ovaire polykystique)

oui  non

Avez-vous eu des grossesses

oui  non

Gain de poids par grossesse ?

**Qui est votre médecin de famille ou votre spécialiste traitant en rapport avec les maladies susmentionnées ?**

(Nom, lieu)

**Quelles procédures chirurgicales avez-vous subies jusqu'à présent ?**

|                        |  |
|------------------------|--|
| (Type, année, médecin) |  |
|                        |  |
|                        |  |

**Est-ce que vous fumez ?**

oui  non

Si oui, combien de paquets par jour ?

Si non, avez-vous fumé auparavant ?

oui  non

Si oui, combien de paquets par jour ?

**Est-ce que vous buvez de l'alcool ?**

oui  non

Si oui, quel volume par semaine en moyenne ?

|                             |  |  |
|-----------------------------|--|--|
| Bière                       |  | dl/semaine (1 chope équivaut à 2,5 dl)       |
| Vin                         |  | dl/semaine (1 verre équivaut à environ 1 dl) |
| Autres boissons alcoolisées |  | dl/semaine                                   |

**Avez-vous recours à d'autres substances créant une dépendance ?**

oui  non

Si oui, laquelle ?

Si non, l'avez-vous fait antérieurement ?

oui  non

Si oui, avez-vous arrêté, quantité/la veille ?

## Anamnèse des médicaments

(Assurez-vous d'énumérer TOUS les médicaments pris régulièrement, par exemple, contraception orale = pilule anti-grossesse)

| Nom                 | Mg    | Pilules, comprimés effervescents, poudre, gouttes ... | Dosage (matin - midi - soir) |
|---------------------|-------|---|------------------------------|
| Par exemple, Cosaar | 5 mg  | Tablettes   | 1-0-0                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |
| .....               | ..... | .....   | .....                        |

## Anamnèse du mouvement

|  | Nombre d'heures par jour (h/jour) |                     |
|--|-----------------------------------|---------------------|
|  | Pendant la semaine                | Pendant le week-end |
| <b>1<sup>er</sup> niveau</b><br>Dormir   | .....                             | .....               |
| <b>2<sup>e</sup> niveau</b><br>Marche lente, travail de bureau, travaux ménagers légers, tricot, etc.  | .....                             | .....               |
| <b>3<sup>e</sup> niveau</b><br>Peindre la maison, soulever des objets légers, conduire un camion, tondre la pelouse, nettoyer les vitres, danser, faire de la randonnée, nager, jouer au ping-pong, etc. | .....                             | .....               |

|   |             |             |
|---|-------------|-------------|
| <b>4<sup>e</sup> niveau</b><br>Travail physique, travaux de construction, menuiserie, tennis, discothèque, etc.                     | .....       | .....       |
| <b>5<sup>e</sup> niveau</b><br>Travailler dur, couper du bois, porter de lourdes charges, faire du jogging, jouer au football, etc. | .....       | .....       |
| <b>Total</b>  | = 24 heures | = 24 heures |

### Anamnèse alimentaire (Que mangez-vous les jours où vous travaillez normalement ?)

|   |       |
|---|-------|
| <b>Petit déjeuner</b><br>(Par exemple, 2 tasses de café avec crème, thé sucré, citron, 2 petits pains, environ 20 g de beurre, 1 cuillère à soupe de confiture, etc.)   | ..... |
| Pendant la <b>matinée</b><br>(Par exemple, 1 yaourt aux fruits, 1 fruit, 1 barre de chocolat, etc.)   | ..... |
| <b>Repas de midi</b><br>(Par exemple, menu normal, de préférence avec sauce, avec soupe, sans dessert, au restaurant, à la cantine, 1 seul sandwich, portion (portion restaurant, en vous resservant, etc. ?) | ..... |
| Dans l' <b>après-midi</b><br>(Par exemple, biscuits, gâteaux, chocolat, fruits, yaourts, etc.)  | ..... |
| <b>Repas du soir</b><br>(Par exemple, à la maison, plutôt au restaurant, quelque chose de rapide, menu complet, plutôt froid, pain, beurre, fromage, salami, jambon, etc.)                                    | ..... |
| <b>Plus tard dans la soirée</b><br>(Par exemple, chocolat, biscuits, noix, chips, fruits, yaourt, pain, fromage, saucisses, etc.)   | ..... |

### Quantité de boisson

|                       |                          |                                   |
|-----------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| Moins de 1 litre/jour | <input type="checkbox"/> | En dl par jour                    |
| 1 à 1,5 litre/jour    | <input type="checkbox"/> | Eau minérale, boissons ZERO ..... |
| 1,5 à 2 litres/jour   | <input type="checkbox"/> | Thé, café .....                   |
| 2 à 2,5 litres/jour   | <input type="checkbox"/> | Lait .....                        |
| 3 et plus par jour    | <input type="checkbox"/> | Jus de pomme, jus de fruits ..... |
|                       |                          | Boissons sucrées .....            |
|                       |                          | Autres : .....                    |

### Informations générales sur vos habitudes alimentaires

- Vous sentez-vous malade parce que vous avez trop mangé ?  oui  non
- Avez-vous peur de perdre le contrôle de la quantité que vous mangez ?  oui  non
- Avez-vous récemment perdu plus de 6 kg en 3 mois ?  oui  non
- Vous jugez-vous trop gros(se), alors que d'autres vous trouvent trop maigre ?  oui  non
- L'alimentation et la nutrition dominant-elles votre vie ?  oui  non
- Avez-vous des tendances pour les douceurs (sucreries)?  oui  non
- Avez-vous des envies prémenstruelles ? (femmes uniquement)  oui  non
- Avez-vous des crises de boulimie ?  oui  non  
(Ingestion rapide et incontrôlée de très grandes quantités avec le sentiment désagréable qui s'ensuit) ?
- Compensez-vous la frustration, le stress, la tristesse ou la joie par de la nourriture ?  oui  non

- Pourriez-vous manger constamment sans jamais vous sentir rassasié(e) ?  oui  non
- Vous arrive-t-il encore de manger après le repas du soir?  oui  non
- Faites-vous attention à votre consommation de matières grasses pendant la cuisson? (beurre, huile, crème)  oui  non
- Vous aimez le beurre aux herbes, les sauces et la mayonnaise ?  oui  non
- Avez-vous régulièrement quelque chose de pané, frit, gratiné dans votre assiette ?  oui  non

**Quel type de mangeur/euse êtes-vous ?**

Trier par priorité (6 = haute priorité à 1 = basse priorité) :

|  |  |
|--|--|
| <b>a) Grand(e) mangeur(euse)</b> (Big Eater /Gorger)<br>C'est-à-dire que vous aimez bien manger et abondamment. La sensation naturelle de satiété est déséquilibrée ou complètement absente, elle doit être rééquilibrée.  |  |
| <b>b) Mangeur(euse) de sucreries</b><br>C'est-à-dire que vous mangez généralement des quantités normales à table, mais que vous grignotez beaucoup. Le stress et la colère vous font manger beaucoup de sucreries.   |  |
| <b>c) Mangeur(euse) de graisse</b><br>C'est-à-dire que vous aimez tout ce qui est gras. C'est souvent une question d'habitude, qui peut être rompue à petits pas, car les aliments gras sont particulièrement riches en goût et le palais ne peut s'habituer que lentement à des aliments plus fins et plus légers.  |  |
| <b>(d) Grignoteur(euse)</b> (Nibbler/Grazer/Snack Eater)<br>C'est-à-dire que vous mangez plusieurs fois par jour et ce, non pas parce que vous avez faim, mais par gourmandise et par habitude. Votre comportement alimentaire n'est pas contrôlé, vous ne remarquez même pas les quantités que vous mangez. Vous n'avez pas le temps de cuisiner et mangez souvent debout ou en vitesse.                                  |  |
| <b>e) Mangeur(euse) de nuit</b><br>C'est-à-dire que vous vous réveillez la nuit avec une véritable envie de manger. Les raisons sont similaires à celles du mangeur(euse) de sucreries ou du grignoteur(euse).   |  |
| <b>f) Mangeur(euse) compulsif(sive)</b> (Binge Eaters)<br>C'est-à-dire que vous souffrez d'attaques de suralimentation, au cours desquelles vous absorbez de très grandes quantités de nourriture en peu de temps. Ensuite, vous avez mauvaise conscience et décidez sans succès de ne plus jamais le faire. Vous attendez généralement trop longtemps avant de manger, jusqu'à ce que vous ayez un énorme appétit vorace. |  |

**Analyse des processus de nutrition**

|   |  |
|---|--|
| Qui fait vos courses à la maison?   |  |
| Qui fait la cuisine le soir?  |  |
| Qui mange avec vous le soir?  |  |
| Quelles sont les préférences alimentaires des autres membres de la famille? |  |
| Où mangez-vous pendant la journée (ou durant la semaine)?                   |  |

**À quelle fréquence vous endormez-vous ou vous assouplissez-vous dans les situations suivantes ?**

(jamais = 0; rarement = 1; occasionnellement = 2; souvent = 3)

Résultat pathologique avec une valeur totale de > 10

|   |  |
|---|--|
| Pendant que vous lisez                      |  |
| En regardant la télévision                  |  |
| Au théâtre, en public                       |  |
| En tant que passager dans la voiture (< 1h) |  |
| En vous couchant l'après-midi               |  |
| En parlant (quand vous êtes assis(e))       |  |
| Assis(e), après un repas (sans alcool)      |  |

|   |  |
|---|--|
| Lorsque vous conduisez, arrêtez-vous avant le feu rouge |  |
| <b>Total des points :</b>                               |  |

### Régimes alimentaires et autres programmes de perte de poids

Pour une évaluation correcte de votre problème de poids, il est important de connaître vos régimes alimentaires antérieurs.

|    | Année            | Durée du régime | Quel régime alimentaire ? | Médecin, conseils nutritionnels, surveillance du poids, etc. | Perte de poids (indication du poids initial et final) | Augmentation ultérieure du poids avec le temps | Coût approximatif |
|----|------------------|-----------------|---------------------------|--|---|--|-------------------|
|    | Par exemple 1990 | 6 mois          | Weight Watchers           | Weight Watchers  | 95 kg => 87 kg, Diminution de 8 kg                    | 10 kg, dans un délai de 9 mois                 | CHF 500.-         |
| 1. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 2. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 3. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 4. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 5. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 6. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |
| 7. |                  |                 |                           |  |   |  |                   |

|  |  |
|--|--|
| Pourquoi ces régimes/programmes n'ont-ils pas fonctionné (ou seulement avec un yoyo) ?<br>Quels étaient les problèmes? Qu'est-ce qui vous dérangeait? Pourquoi étiez-vous insatisfait(e)?<br>Quelles étaient les complications ? |  |
|--|--|

## Cours de changement du processus alimentaire

(Condition à partir de janvier 2018 - sous réserve de modifications)

Quel type de cours souhaitez-vous (soins médicaux sur deux ans) ?

- Cours de groupe  (CHF 140.-/mois pp) - avec échange d'expériences et motivation de groupe avec 5-15 participant(e)s (dates fixes)
- Traitement individuel ou à deux  (CHF 140.-/mois pp) - avec 7-10 sessions personnelles + téléphoniques plus courtes (flexibilité dans le temps + lieu)
- Cours en entreprise  (individuel sur demande)
- Questionnaire + Consultation  140 CHF/une fois - analyse de vos causes individuelles de surpoids sur la base de ce questionnaire ainsi qu'une consultation téléphonique sur les options thérapeutiques appropriées et leurs chances/bénéfices pour vous et clarification de vos questions. Si vous participez à un cours de groupe ultérieur ou à un traitement individuel, ces coûts d'analyse seront supprimés.

Sont inclus dans le traitement individuel ci-dessus :

- Pré-clarification médicale individuelle (questionnaire d'analyse des causes)
- Méthodologie du cours (130 diapositives) fondées sur les dernières avancées de la médecine allopathique
- Bulletin mensuel de recettes saisonnières envoyé par e-mail
- A l'exclusion de tout médicament et de toute assistance médicale générale (généralement pris en charge par les compagnies d'assurance maladie)

Je voudrais ramener la durée de 24 à 12 mois. Cela n'est possible que si votre surpoids est < 10 % (c'est-à-dire IMC < 27,8).

Je souhaite suivre le cours, bénéficier d'une consultation individuelle ou d'une réunion d'analyse en français  en allemand  ou en anglais .

|  |  |
|--|--|
| Nom du(de la) conjoint(e)/partenaire de vie    |  |
| E-mail du(de la) conjoint(e)/partenaire de vie |  |

(Pour des suggestions de menu, que nous nous ferons un plaisir de vous envoyer, ainsi qu'à votre conjoint(e)/partenaire de vie, par courrier électronique tous les mois. L'objectif est de vous faire découvrir, ensemble, de nouveaux plats favoris - ces suggestions de recettes sont incluses dans le prix du cours et n'entraînent pas de frais supplémentaires pour le destinataire - la lettre d'information sur les recettes peut être annulée à tout moment)

Pendant les jours de la semaine ci-dessous, je peux, en principe, suivre un cours du soir :

- Lundi
- Mardi
- Mercredi
- Jeudi
- Vendredi
- Samedi  (pendant la journée)

Pour une consultation téléphonique. Quand seriez-vous joignable le plus facilement, et à quel numéro de téléphone?

|         |  |                       |  |
|---------|--|-----------------------|--|
| Quand ? |  | Numéro de téléphone ? |  |
|---------|--|-----------------------|--|

Où souhaitez-vous suivre le cours ? Les cours se donnent à Bâle, Berne, Bienne, Cham, Coire, Olten et Zurich en allemand et à Tramelan en français

|               |  |
|---------------|--|
| Lieu du cours |  |
|---------------|--|

Modalités de paiement

- Paiement anticipé avec 2% d'escompte : nous vous enverrons une facture avec le montant total - 2% d'escompte pour paiement dans les 30 jours
- Ordre permanent avec virements mensuels : nous vous envoyons un formulaire que vous pouvez remplir et transmettre à votre banque/bureau de poste.

Un arrêt ou une interruption du cours est possible sur demande dans des cas contraignants (par exemple, déménagement, séjour à l'étranger, grossesse ou en cas de manque de succès de la réduction de poids). Dans le cas contraire, les frais de cours restent dus. Nous vous recommandons donc de ne pas commencer le cours si un tel arrêt ou une telle interruption est déjà prévisible aujourd'hui. Les deux premiers mois suivant la signature du contrat sont considérés comme une période d'essai pour faire connaissance avec votre



instructeur de cours, respectivement avec votre groupe. En cas d'annulation au cours des deux premiers mois, les documents du cours doivent être renvoyés à Rebalance.

Sans résiliation pendant ces deux mois, la durée du contrat est portée à deux ans. Pendant cette période, le contrat peut également être résilié à tout moment, mais uniquement si le programme ne connaît pas de succès mesurable auprès de vous (poids supérieur au poids initial).

### Canaux d'information

Par quels canaux d'information avez-vous entendu parler de Rebalance et de nos cours ?

(veuillez cocher plusieurs cases)

- Moteur de recherche/réseaux sociaux:**  Google,  Bing,  Facebook - recherche par mot-clé...
- Recommandation personnelle par:**  Médecin,  Participant au cours,  Connaissance/parent(e)  
 Coach - Qui ? .....
- TV :**  TeleZüri - émission quotidienne avec Markus Gilli, Willy Bischofberger et le Dr David Infanger
- TV:** TeleZürich - Checkup, le Magazine de la santé avec Igor Zilincan
- Journaux en ligne:**  20 Minutes en ligne (y compris concours).
- Journaux:**  Basler Zeitung,  Berner Zeitung,  Zuger Boote,  Bündnerwoche,  Oltener Tagblatt.  Autres...
- Magazines:**  Magazine des pharmacies  Seesicht,  Le Menu,  Autres...
- Hôpital:**  Magazine pour les patients de l'hôpital  Site internet de l'hôpital  Dépliant pour les conférences publiques de l'hôpital
- Rebalance:**  mailings électroniques de Rebalance - recettes/lettres d'information,  Site internet de Rebalance,  Dépliants  Présentations publiques.
- Autres sources d'information: .....

### Invitation

Souhaitez-vous inviter d'autres amis/parents/voisins/collègues à assister au cours avec vous ? Si oui, qui ?

|   |  |
|---|--|
| Noms des personnes que vous souhaitez contacter vous-mêmes  |  |
| Noms et adresses électroniques des personnes que vous souhaitez que nous contactions et auxquelles vous souhaitez que nous distribuions les supports de cours |  |

|                      |  |
|----------------------|--|
| Remarques générales: |  |
|----------------------|--|

### Prochaines étapes :

- Veuillez envoyer ce questionnaire d'inscription dûment rempli par e-mail à [christine.heger@rebalance-group.ch](mailto:christine.heger@rebalance-group.ch)
- Ou par courrier postal à Rebalance, à l'attention de Mme Christine Heger, Sandstrasse 25, 5412 Gebenstorf

### Confirmation

En remplissant et en envoyant ce questionnaire d'inscription à l'adresse ci-dessus, vous confirmez que

- § vous demandez et approuvez que Rebalance établisse une relation contractuelle avec vous en cas d'admission réussie à un cours;
- § les informations figurant sur ce questionnaire d'enregistrement sont véridiques, correctes et complètes;
- § vous acceptez que Rebalance traite toutes les informations vous concernant de manière confidentielle et ne les transmette pas à des tiers (par exemple, des médecins de famille) que s'ils sont obligés de les traiter de manière confidentielle en vertu de leur profession ou de leur contrat avec Rebalance.

Nous vous remercions de remplir ce questionnaire avec soin. Notre bureau d'enregistrement médical le vérifiera tout aussi soigneusement. Nous vous contacterons pour la décision d'admission ou la consultation téléphonique. Si nous ne sommes pas en mesure de vous garantir un taux de réussite élevé à long terme, nous nous permettrons de vous recommander une procédure alternative que nous jugeons plus appropriée.

**Avec nos meilleures salutations.**

**Votre équipe de Rebalance**

*Dr med. Martina Gloor, Cham/Baar*

*Dr med. Achim Goos, Zurich*

*Dr med. David Infanger, Zurich*

*Dr med. Barbara Lampérth, Tramelan et Bienne*

*Dr med. Severin Pinilla, Berne*

*Dr med. Charlotte Sadowski, Coire*

*Dr med. Alex Stalder, Bâle*

*Dr med. Catja Wyler van Laak, Andelfingen ZH*

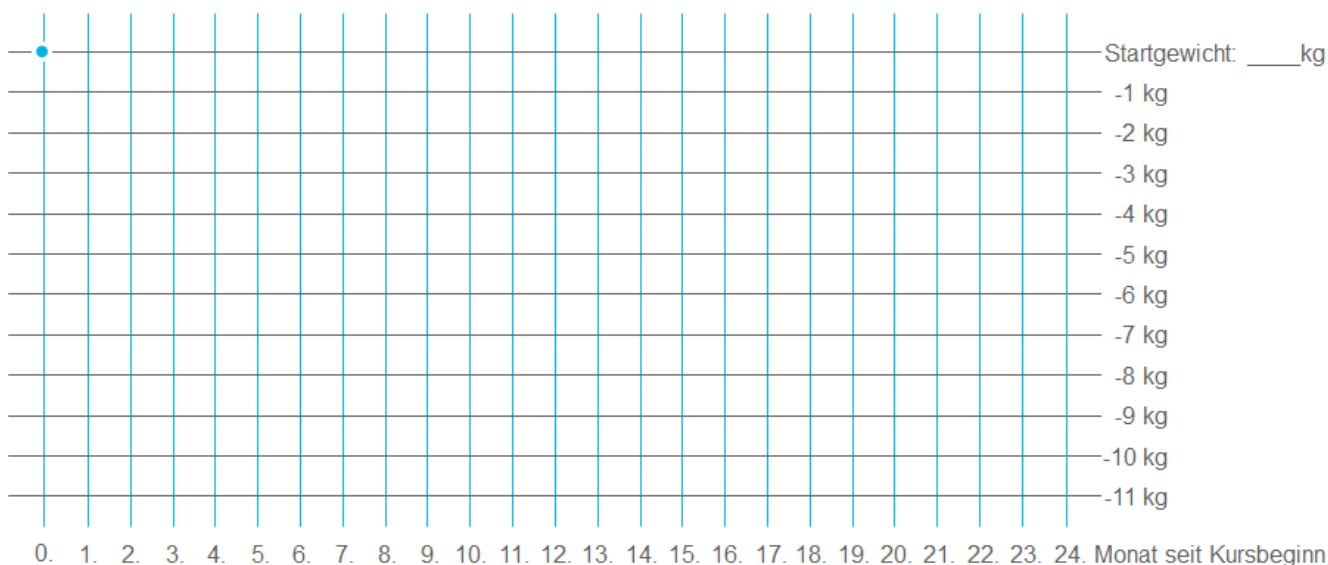
*Christine Heger, Responsable de l'Administration*

*Nicole Stikas, Responsable la Communication*

*Willy Bischofberger, Président*

Déroulement du cours (ne peut être rempli que pendant le cours) :

**Courbe de poids**



**Calendrier des réunions**

| Date+ Poids | Réussites<br>(Evolution du poids, 4 règles, sensation, santé, découvertes, environnement, sans renoncements, nouvelles habitudes, accélération, vêtements...) | Résolutions<br>(pour les défis) | Prochaine Réunion<br>(Avec conjoint(e)/partenaire ?) |
|-------------|---|---------------------------------|--|
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |
| .....       | ○ .....   | ○ .....                         | .....  |