

Laboratoire AWD – Consentement éclairé et confidentialité

(Décodage biologique)

Nom et prénom du client : _____

Date de naissance : _____

Date : _____

Lieu : _____

Objet du consentement :

Je comprends que je suis invité(e) à participer à une séance de décodage biologique dans le cadre du protocole AWD / Flash & Bauer.

Je suis informé(e) que :

- Cette démarche n'a pas de valeur diagnostique médicale ni psychothérapeutique.
- Elle consiste en une exploration symbolique du sens possible des symptômes ou inconforts.
- Elle est destinée au soutien émotionnel et à la réflexion personnelle.

Je consens librement à partager des données personnelles sensibles en toute confiance. Ces données sont traitées en toute confidentialité, jamais transmises sans accord, et peuvent être supprimées sur demande.

Je suis libre de retirer mon consentement à tout moment sans justification.

Signature du client : _____ (“Lu et approuvé”)

Signature du praticien : _____

Nom et cachet AWD / Flash & Bauer