Date :

Nom des propriétaires :

Adresse :

Téléphone : GSM :

Email :

Plans reçus : □ OUI □NON

Composition de la famille et leur état de santé :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Résidants | Sommeil | Appétit | Etat de santé général | Moral | Sens du lit |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Si vous ne parvenez pas à répondre à toutes les questions, ce n’est pas un problème. Faîtes de votre mieux. |

Quel est l’historique de l’habitation?

Comment est votre voisinage? (Relations, bruit, propreté, intimité, état de santé,…)

Quels sont les problèmes ressentis dans l’habitation (contexte d’apparition, les démarches déjà entreprises)?

Depuis quand habitez-vous dans l’habitation?

Êtes-vous le premier propriétaire? □ OUI □ NON

Louez-vous la maison? □ OUI □ NON

Si oui, quelles relations entretenez-vous avec le propriétaire?

Où habitez-vous? Ville/campagne?

Sur quel type de site est construite l’habitation ? (décharge carrière, cimetière, zone industrielle, hôpitaux, abattoirs, prairie,…)

Y-a-t-il des lignes haute tension ou caténaire des trains à moins de 1 km, antennes-relais (GSM, TV, radio) à moins de 1,5km, transformateur accolé à l’habitation,…? □ OUI □ NON

Y-a-t-il des marques visibles extérieures telles que fente dans les murs, haies moins touffues à certains endroits, arbre malade, boursouflure ou dépérissement d’une partie de l’arbre, inclinaison d’un arbre?

Quel est l’âge de la maison?

Avez-vous déjà fait une expertise géobiologique de votre lieu d’habitation? □ OUI □ NON

(Si oui, diagnostic? Corrections? Résultats subjectifs?)

Votre circuit électrique : aérien/enterré, neuf/ancien, prise de terre, panneau photovoltaïque,…?
Où est situé le compteur et tableau électrique?

Utilisez-vous du WIFI? □ OUI □ NON
(Si oui où se trouve le modem? Allumé en permanence?)

Utilisez-vous du DECT? (Où sont placés les bases et les combinés,…?) □ OUI □ NON

Utilisez-vous un GSM : fréquence, durée, placé où la nuit, rangé où en journée, utilisation en voiture, utilisation du Bluetooth,…)?

Avez-vous une antenne parabolique sur le toit, au balcon,…? □ OUI □ NON
Si oui, à quel endroit?

Avez-vous : un baby phone, console de jeux, décodeur, ordinateur, four à micro-onde, TV, chaîne hifi, radio réveil, couverture chauffantes, matelas à eau, partie métallique au niveau du sommier ou des matelas?

Avez-vous des tiroirs sous les lits? □ OUI □ NON

Quelle est votre pratique d’aération de votre lieu d’habitation?

Avez-vous un système de ventilation, air conditionné,…? □ OUI □ NON
Si oui, lequel?

Quel type de chauffage avez-vous?

Utilisation de désodorisants et autres produits d’ambiance (bougies parfumées,…) / insecticides?

Avez-vous des problèmes d’humidité et de moisissures dans la maison?

Avez-vous des difficultés à prendre soin du lieu  (difficultés à nettoyer, à dépoussiérer, autre…)?