

DONNÉES PERSONNELLES

DATE ____/____/____

Nom et prénom légal du patient : _____ Niveau scolaire _____

Date et lieu de naissance : _____ Religion/Ethnie _____

Etat matrimonial du patient (ou des parents/gardiens): _____

Adresse (rés.) : _____ Ville : _____ Code : _____

Téléphone : mobile _____ résidence _____

e-mail adresse : _____

Nom de la personne complétant cette forme : _____ Relation au patient _____

Employeur (ou des parents) : _____ Position : _____

Physicien de famille : _____ Adresse : _____

Médicaments actuels du patient : _____

Quelles sont vos préoccupations sur le plan psychologique ? (décrivez brièvement / utilisez le dos de cette forme si nécessaire) _____

Avez-vous déjà été en thérapie dans le passé ? Pour quelles raisons ?

(Listez les noms des professionnels consultés avant cette visite) _____

Qui devons-nous remercier pour vous avoir mis en contact avec nous ? _____