

Maya Charney, MA

Somatic Psychology, psychothérapeute

Formulaire d'admission

Veuillez remplir ce formulaire au mieux de vos capacités. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à demander de l'aide. Si vous avez besoin de plus de place pour répondre, utilisez le verso de ce document ou une feuille supplémentaire. Notez que les informations recueillies sont strictement confidentielles.

Nom: _____ Date: _____

Date de naissance: _____

Adresse: _____
Numéro et nom de rue Ville Province Code postal

Numéro de téléphone:

Travail: _____ Domicile: _____ Cellulaire: _____

Courriel: _____

Veuillez indiquer le meilleur moyen de vous joindre et/ou de vous laisser un message:

Sexe: Masculin
 Féminin
 Non binaire
 Catégorie additionnelle _____

Référé par (comment avez-vous entendu parler de moi?):

État civil (marié, célibataire, conjoint de fait, veuf, séparé, etc.):

Si vous avez des enfants, indiquez leur nom et leur âge:

Profession: Avez-vous actuellement un emploi et/ou suivez-vous un parcours professionnel ou académique spécifique?

1. Intentions: Avec vos propres mots, expliquez ce que vous attendez de votre thérapie.

2. Recevez-vous d'autres soins ou traitements en lien avec vos préoccupations actuelles (médecin, psychiatre, acuponcteur, ostéopathe, naturaliste, etc.)? Si oui, veuillez indiquer le ou lesquels:

Si vous prenez actuellement des médicaments, indiquez le ou lesquels:

3. Avez-vous déjà consulté un(e) psychologue ou psychothérapeute? Quand et pour combien de temps?

4. Vous a-t-on déjà diagnostiqué une pathologie physique ou psychologique majeure? Si oui, quand les symptômes en sont-ils apparus? Merci de déclarer tout détail qui vous semble important.

5. Y a-t-il d'autre chose que vous aimeriez partager avec moi à votre sujet?

Signature du client(e)

Date