



## Formulaire de demande de services

### PERSONNE QUI REÇOIT LES SERVICES

Nom

Prénom

Genre/Pronom

DDN : jj/mm/aaaa

Adresse à domicile (doit être domicilié et être physiquement au QUÉBEC pour recevoir les séances)

Courriel

Acceptez-vous d'être contacté(e) par courriel ?

Oui

Non

Téléphone

Est-ce qu'un message vocal peut être laissé ?

Oui

Non

Si vous avez été référé.e par une personne, veuillez écrire son nom

Vous remplissez cette demande pour

Vous-même

Votre enfant de moins de 18 ans

Si c'est pour votre enfant, est-il au courant de cette démarche ?

Oui

Non

### PERSONNE A CONTACTER POUR LA PRISE DE RDV, SI DIFFERENTE DE LA PERSONNE QUI REÇOIT LES SERVICES

Nom complet

Téléphone

Courriel

Vous acceptez que les séances soient tenues à distance via un programme de téléconsultation

Disponibilité pour les consultations

am (8h à 12h)

pm (13h à 16h)

*Il est malheureusement impossible de vous inscrire pour des disponibilités de soir pour le moment*

*Nous ne garantissons pas que nous serons en mesure de vous accommoder. Toutefois, cette information facilite grandement le transfert de votre demande aux thérapeutes pouvant y correspondre le plus.*

Spécifications (disponibilités limitées, heure précise, etc)

Préférence pour un thérapeute

De genre féminin

De genre masculin

Aucune préférence

Y a-t-il une personne que vous aimeriez tout particulièrement consulter?

Dans la mesure où nous pourrions diminuer le temps d'attente, acceptez-vous d'être contacté(e) par un(e) thérapeute ne respectant pas votre préférence ?

Oui

Non

Connaissez-vous une personne qui consulte à la clinique? Si oui, pour éviter un conflit d'intérêt, écrivez le nom de la personne consultée.





## Formulaire de demande de services

Motifs de consultation (Soyez précis, quelles difficultés voulez-vous travailler ?)

*Spécifiez s'il y a une problématique en lien avec l'image, le poids ou l'alimentation*

Service(s) demandé(s)

Psychothérapie

Nutrition

Coaching parental

Je comprends et j'accepte que les services de psychothérapie soient offerts par des psychologues, des psychothérapeutes, des internes au doctorat en psychologie, des doctorants ou des stagiaires en psychothérapie.

Informations à transmettre à ce sujet

Faites-vous une réclamation à vos assurances ?

Oui

Non

Nom de la compagnie

Couverture des assurances

Psychologue

Psychothérapeute

Nutrition

Je comprends que si je désire un remboursement par mes assurances, j'ai la responsabilité de vérifier la couverture avec elles.

Avez-vous déjà fait une thérapie ?

Oui

Non

Année

Motif(s)

Avez-vous reçu un diagnostic en lien avec votre santé (physique et psychologique) ?

Oui

Non

Lequel

RÉSERVÉ À IMAVI – NE RIEN INSCRIRE

Date de la demande

Évaluation en nutrition prodiguée par

VOLET IMA

VOLET VI

Notes de l'équipe

Suivi en nutrition entamé

