



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)

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

Oui Non

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 ?

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

Nom complet

Téléphone

Courriel

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 accomoder. 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 | Évaluation psychosociale (travail social) |
| Nutrition | Suivi psychosocial (travail social) |
| 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

