

Formulaire Premier rendez-vous

Strictement Confidentiel

Détails Personnels :

Nom :

Prénom(s) :

Âge :

Date de naissance :

Numéro de téléphone :

Statut marital :

Adresse exacte :

Adresse mail :

Métier exercé :

Renseignements sur la Santé :

Nom du médecin traitant :

Dernière visite chez le médecin :

Prise d'un traitement médicamenteux ? lequel ?

Avez-vous subi une hospitalisation ces dernières années ? Si oui la(les)quelle(s) ?

Avez-vous été suivi par un psychologue ? psychiatre

Dans la liste ci-dessous veuillez entourer les symptômes vous concernant :

Addictions	Problèmes d'enfance	Problèmes de mémoire	Problèmes de fertilité
Cigarette	Concentration	Problèmes relationnels	Peurs
Alcool	Comportements compulsifs	Problèmes de peau	Anorexie
Drogues	Dépression	Problèmes de poids	Boulimie
Jeux d'argent	Stress	Problèmes sexuels	Autres :
Nourriture	Attaques de panique	Phobies	
Atteindre vos objectifs	Prise de parole en public		
Anxiété			
Problèmes au travail			

OBJECTIF POUR LA SÉANCE :

Questionnaire spécifique.

ÉVÉNEMENTS IMPORTANTS DE LA VIE :

RAPPORTS AVEC MEMBRES DE LA FAMILLE :

VOTRE STATUT SOCIAL ET ÉCONOMIQUE :

VIE AMOUREUSE

VOTRE PLUS GRANDE PEUR :

CHOSSES QUE VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À ACCOMPLIR :

CE QUE VOUS DÉTESTEZ DANS LA VIE :

**JE CERTIFIE SUR L'HONNEUR, QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS
CI-DESSUS SONT VRAIS.**

**SACHANT QUE LE PARTAGE DE FAUSSES INFORMATIONS AURAIT
DES RÉPERCUSSIONS DIRECTES SUR LA THÉRAPIE QUE
J'ENTREPRENDS, CE DONT M.BARDON NE POURRA ÊTRE RENDU
RESPONSABLE.**

Signature (tuteur légal) (*pour les mineurs*). Signature du patient