

FORMULAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : Prénom :
Date de naissance : Téléphone :
Médecin traitant : Profession :
E-mail :

INFORMATIONS MEDICALES

Traitements actuels :
.....
.....

Antécédents de prise en charge :
.....
.....

PRISE EN CHARGE SOUHAITEE

Psychiatrie	Alcool	TDAH	Insomnie
Cauchemars	Groupe de méditation pleine conscience		

Suite aux très nombreuses premières demandes, merci de détailler au mieux vos symptômes et les objectifs de soins afin que votre demande de prise en charge puisse être étudiée de manière optimale par notre comité médical :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....