

FORMULAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS

INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Médecin traitant :

E-mail :

Parcours scolaire / universitaire :

Situation professionnelle actuelle :

INFORMATIONS MEDICALES

Traitements actuels :

Antécédents de prise en charge :

PRISE EN CHARGE SOUHAITEE☐ Psychiatrie☐ Alcool

☐ TDAH

☐ Insomnie

Pour que votre demande puisse être étudiée au mieux par notre comité médical, nous vous remercions de décrire vos symptômes et vos objectifs de soins.