



FORMULAIRE D'ACCUEIL
Darrell R. Johnson, Ph.D.

No. de dossier : _____

Date : _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année)

VOS INFORMATIONS

Vous (1) : _____ Client (2) : _____ Client (3) : _____ Client (4) : _____	Sexe :	Langue :
	M F	anglais français
	M F	anglais français
	M F	anglais français

Dates de naissance :-

(1) _____ / _____ / _____ (2) _____ / _____ / _____ (3) _____ / _____ / _____ (4) _____ / _____ / _____
(Jour) (Mois) (Année) (Jour) (Mois) (Année) (Jour) (Mois) (Année) (Jour) (Mois) (Année)

État civil (1) : célibataire cohab marié(e) séparé(e) divorcé(e) veuf/veuve

Adresse : _____

Courriel : _____
Site Web : _____

Je peux laisser un message? Heures :

Téléphone : () _____ (maison) _____
 () _____ (travail) _____
 () _____ (cellulaire) _____
 () _____ (autre) _____

Source de référence :

- Ré-utilisateur
- Ami/membre de famille
- Site Web DR JOHNSON
- Autre site Internet
- Médecin de famille
- Psychiatre
- CLSC
- Autre psychologue
- École
- Autre

Personne contact :

Téléphone :

_____ () _____
_____ () _____
_____ () _____
_____ () _____
_____ () _____
_____ () _____

VOS DISPONIBILITÉS

Meilleures journées : lundi mardi mercredi jeudi vendredi
Meilleures heures : _____ _____ _____ _____ _____
 _____ _____ _____ _____ _____
 _____ _____ _____ _____ _____

(S.v.p. fournir plusieurs possibilités : les séances commencent à l'heure)

(Bureau centre-ville : jeudi et vendredi; Saint-Lazare : lundi, mardi et mercredi)

VOS BUTS POUR LA THÉRAPIE

Pourquoi consultez-vous?

Vos buts ou attentes initiales (si vous en avez en ce moment) :

Mode de thérapie désiré :

Individu Couple Famille Enfant ou adolescent « Coaching » parental À déterminer

Avez-vous des questions pour moi?

(Votre signature)