

Formulaire d'ouverture de dossier et consentement

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

En cas d'urgence : _____ Date de naissance : _____

Pour quelles raisons désirez-vous consulter?

Avez-vous déjà été vu par un thérapeute, psychologue ou psychiatre? Si oui précisez.

Comment est votre état de santé général? Prenez-vous des médicaments?

Patricia Lefebvre m'a avisez que ses services sont axés sur le respect et la dignité de la personne et répondent aux exigences du code de déontologie de RITMA. Que l'approche est humaniste et émotive - rationnelle / cognitive - comportementale. Que ce n'est en aucun cas une psychothérapie.

La relation d'aide vise à soutenir le client dans le but de maintenir et de consolider des acquis et des stratégies d'adaptation, en ciblant ses forces intrinsèques et les ressources à sa disposition. La relation d'aide permet d'aider le client ou les clients(es) à faire face aux difficultés de la vie courante, vise à développer ses propres outils relationnels afin d'améliorer son autonomie affective et rationnel dans les différentes sphères de sa vie.

Je comprends que le fait de consulter en relation d'aide psychologique dépend de MOI et de mon engagement dans ma démarche afin d'avoir amélioration de mon état.

J'accepte également les conditions suivantes:

- Les rencontres s'effectuent en toute confidentialité tel que le [code de déontologie](#) de la RITMA stipule.
- J'entreprends librement ma démarche thérapeutique.
- **Une annulation en moins de 24 heures entrainera 50% des frais de la séance manqué.**

Signature : _____ Date : _____