



QUESTIONNAIRE SANTÉ MÉTIER D'ACCOMPAGNEMENT

Informations personnelles

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Téléphone :

Cellulaire :

Adresse courriel :

Contact d'urgence (nom) :

Téléphone urgence :

Assurances

Avez-vous une assurance couvrant les honoraires en naturopathie ?

Si oui, laquelle :

Prenez note qu'Industrielle Alliance ne reconnaît aucun autre service que celui d'un Naturopathe N.D.



QUESTIONNAIRE SANTÉ MÉTIER D'ACCOMPAGNEMENT

Motifs de consultation

Motif principal :

Objectifs souhaités :

Niveau d'inconfort ou de souffrance :

Contexte psychologique

Diagnostic psychologique (si oui, précisez) :

Consultations précédentes :

Médication actuelle :



QUESTIONNAIRE SANTÉ MÉTIER D'ACCOMPAGNEMENT

Dépendances

Avez-vous une dépendance ?

Si oui, précisez type + fréquence :

Idées suicidaires

Avez-vous des idées suicidaires ?

Si oui, à quelle fréquence :

Protection des renseignements personnels (Loi 25)

Les informations recueillies dans ce questionnaire sont confidentielles et utilisées uniquement pour évaluer votre situation et adapter l'accompagnement offert. Elles sont conservées de façon sécurisée pour la durée nécessaire au suivi, conformément aux exigences de la Loi 25. Vous pouvez demander l'accès à votre dossier, la rectification de renseignements inexacts ou le retrait de votre consentement, sous réserve des obligations légales de conservation.



QUESTIONNAIRE SANTÉ MÉTIER D'ACCOMPAGNEMENT

Déclaration et consentement du client

Je confirme avoir lu et compris les informations concernant la protection de mes renseignements personnels.

Je confirme avoir mentionné tous les éléments nécessaires à mon dossier afin de permettre à mon thérapeute d'orienter ma demande de consultation de façon éclairée et appropriée à mes besoins. Je m'engage à consulter un professionnel de la santé si ma problématique s'avère plus complexe ou que mon état s'aggrave. Je reconnais qu'une démarche auprès d'un professionnel en métier d'accompagnement est un processus qui permet de cibler des objectifs reliés à une situation qui ne relève pas de l'ordre de la psychothérapie et ne peut servir de substitut. Je reconnais les limites de l'approche que j'ai choisie et je suis responsable du vocabulaire médical ou non médical que j'utilise. Je confirme que mes réponses sont véridiques. Sandra Bouchard (thérapeute) m'a avisé que ses services sont axés sur le respect et répondent aux exigences du Code de Déontologie du Groupe RITMA.

Je consens à signer électroniquement ce questionnaire.

Signature du client :

Date :