



WESTMOUNT  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

*Wellness in mind*

## RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom légal: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Genre : Féminin\_\_ Masculin\_\_ Questionnement\_\_ Non-binaire\_\_

Veillez nous indiquer le pronom que vous souhaitez que nous utilisions : Elle\_\_ Il\_\_ iel\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Pouvons-nous laisser un message ? \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Occupation actuelle : \_\_\_\_\_

Qui vous a adressé à nous ? \_\_\_\_\_

Vous me donnez la permission de les remercier ?

Oui  Non Si oui, veuillez initialement \_\_\_\_\_

**Member of the Order of Psychologists  
Province of Quebec**

[www.wellnessinmind.ca](http://www.wellnessinmind.ca)

4060 Sainte Catherine St. West Suite 640  
Westmount, Quebec, H3Z 2Z3



WESTMOUNT  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

*Wellness in mind*

## EN CAS D'URGENCE:

Nom : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile : \_\_\_\_\_

Relation : \_\_\_\_\_

## VOTRE HISTORIQUE

1. Avez-vous déjà bénéficié d'un thérapeute, de soins psychiatriques, etc. ?  Oui  Non

Si oui, indiquez laquelle/s et quand :

\_\_\_\_\_

2. Avez-vous un médecin généraliste / médecin de famille ?

\_\_\_\_\_

3. D'autres professionnels de la santé vous aident-ils en ce moment ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Avez-vous déjà eu une maladie grave, physique ou psychologique ?

Oui  Non

Si oui, indiquez laquelle/s et quand :

\_\_\_\_\_

**Member of the Order of Psychologists  
Province of Quebec**

[www.wellnessinmind.ca](http://www.wellnessinmind.ca)

4060 Sainte Catherine St. West Suite 640  
Westmount, Quebec, H3Z 2Z3



WESTMOUNT  
PSYCHOLOGICAL  
SERVICES

*Wellness in mind*

---

5. Prenez-vous actuellement des médicaments ?     Oui     Non

Si oui, indiquez laquelle/s et quand :

---

---

---

**Member of the Order of Psychologists  
Province of Quebec**

[www.wellnessinmind.ca](http://www.wellnessinmind.ca)

4060 Sainte Catherine St. West Suite 640  
Westmount, Quebec, H3Z 2Z3