

Dato:

Navn:

Alder evt. fødselsdag:

Adresse:

By og postnr.:

Tlf:

Mailadresse:

Gift!

Kæreste!

Enlig!

Har du børn?:Pige / Dreng

Uddannelse / arbejdsliv:

Tidligere hospitalsindlæggelser og tager du evt. lægeordineret medicin pt ?.:

Terapeutiske erfaringer:

Gruppeterapi/ hvornår og omfang?

Individuel psykoterapi/ hvornår og omfang?

Henvendelsesgrund ? og hvilken problematik ønsker du psykoterapeutisk hjælp til:

Din målsætning for den terapeutiske proces:

**Rettidig aflysning af terapisesioner er 24 timer før mødetidspunktet.**

**Ved senere aflysning betales for den aftalte tid.**

**Denne aftale gælder ligeledes for terapeuten.**

**Aflysning / ændringer af tider med Lone kan ske på mobiltilf. 4081 6015**