

RTT – Formular inițial de Terapie



Detalii Personale

Prenume	<input type="text"/>	Nume	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>		
E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Statut marital	<input type="text"/>	Ocupație	<input type="text"/>
Data nașterii	<input type="text"/>	Vârsta	<input type="text"/>

Sănătate, tratamente (trecut și prezent)¹

<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Schizofrenie
<input type="checkbox"/> Psihoză	<input type="checkbox"/> Altele: <input type="text"/>
Nume și adresa medicului	<input type="text"/>
Data ultimei consultații	<input type="text"/>
Medicamente	<input type="text"/>

Marchează din lista următoare toate probleme care te preocupă

<input type="checkbox"/> Adicții/dependețe	<input type="checkbox"/> Memorie
<input type="checkbox"/> Alcool	<input type="checkbox"/> Mobilitate
<input type="checkbox"/> Amânarea muncii	<input type="checkbox"/> Motivație
<input type="checkbox"/> Anorexie	<input type="checkbox"/> Probleme ale pielii
<input type="checkbox"/> Anxietate	<input type="checkbox"/> Probleme de alimentație/dietă/slabit
<input type="checkbox"/> Atac de panică	<input type="checkbox"/> Probleme de auz
<input type="checkbox"/> Bulimie	<input type="checkbox"/> Probleme de carieră
<input type="checkbox"/> Comportament compulsiv/obsesii	<input type="checkbox"/> Probleme de concentrare
<input type="checkbox"/> Depresie	<input type="checkbox"/> Probleme de relaxare
<input type="checkbox"/> Disfuncții/probleme sexuale	<input type="checkbox"/> Probleme de vedere
<input type="checkbox"/> Droguri	<input type="checkbox"/> Probleme din copilărie
<input type="checkbox"/> Dureri cronice	<input type="checkbox"/> Probleme în relații
<input type="checkbox"/> Examene	<input type="checkbox"/> Probleme legate de păr
<input type="checkbox"/> Fertilitate	<input type="checkbox"/> Stima de sine
<input type="checkbox"/> Fobie	<input type="checkbox"/> Stres
<input type="checkbox"/> Frică	<input type="checkbox"/> Stres la volan/frica de a conduce
<input type="checkbox"/> Frica de interviuri	<input type="checkbox"/> Vinovăție
<input type="checkbox"/> Fumat	<input type="checkbox"/> Vorbit în public
<input type="checkbox"/> Furie/control al nervilor	<input type="checkbox"/> Altele: <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Insomnie	
<input type="checkbox"/> Jocuri de noroc	

Plata: înainte de sesiune prin transacție bancară sau paypal.

Eu iau la cunoștință că în cazul anulării ședinței cu mai puțin de 24h înainte de începerea acestuia, duce la facturarea completă a ședinței.

Semnătură

Data

¹ completarea acestui formular este necesară pentru evaluarea corectă a posibilității de efectuare a ședinței RTT.