

Clinique Accès - Sexologie

Demande de consultation – Accès en ligne

Prénom: _____ Nom: _____
Genre: M F Autre: _____ Date de naissance: ____/____/____
Téléphone: _____ Message: Oui Non
Autre: _____ Message: Oui Non
Courriel: _____

Mode de communication privilégié:

Téléphone Courriel Texto

Consultation individuelle Consultation en couple

Langue pour la thérapie: Français Anglais Espagnol

Risque suicidaire: Oui Non Risque homicidaire: Oui Non

Processus judiciaire en cours ou à venir (si oui, précisez): Oui Non

Motif de consultation et commentaires:

Disponibilités:

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>	AM <input type="checkbox"/>
PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>	PM <input type="checkbox"/>
Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>	Soirée <input type="checkbox"/>

Comment avez-vous entendu parler de nos services?