Klientopplysninger:

|  |  |
| --- | --- |
| Navn |  |
| Adresse |  |
| Telefon/e-post |  |
| Fødselsdato |  |
| Dato første møte |  |
| Møter |  |
| Dato siste møte |  |
| Bakgrunnen for henvendelsen |  |
| Annet |
| Under annen terapi/behandling Ja/Nei |  |
| Evt. Medisiner, i så fall hvilke |  |
| Samtykke til legekontakt undertegnet Ja/Nei |  |
| Andre helse-/sosialtjenester involvert Ja/Nei |  |
| Hvis Ja, hvilke |  |
| Hvorfor Gestalt? |  |
| Hvorfor meg? |  |
| Praktiske opplysninger: oppmøte, evt avlsysning, betaling, sted |  |
| Terapeutens signatur |  |