



Date:

Nom/Name:

Détails/Details: Demande urgente/Urgent request

DEMANDE DE SUIVI (COCHEZ TOUTES LES CASES DÉSIRÉES)

J'aimerais recevoir:

- un résumé de l'évaluation clinique initiale avec recommandations
- des informations quant aux progrès du patient
- un résumé du rapport de fin de traitement

REQUEST FOR FOLLOW-UP COMMUNICATIONS (CHECK ALL THAT APPLY)

I would like to receive:

- initial evaluation report with recommendations
- information about significant changes in the patient's condition
- end of treatment report

Signature

Les services psychologiques **Medipsy** Psychological Services
4610 Ste. Catherine O., Westmount, H3Z 1S3, Québec.
info@medipsy.ca - www.medipsy.ca
T: 514-419-3005 - F: 514-507-2009