

JOURNAL

Psykoterapeutens namn och adress

Namn.....

Personnr.....

Adress.....

.....

Telefon.....

.....

Datum för första kontakt.....

Psykoterapi påbörjad.....

Signatur

Frågeställning.....

.....

.....

.....

Diagnos.....

.....

.....

.....

Gemensamt formulerad målsättning.....

.....

.....

.....

.....

Kontrakt.....

.....

.....

Psykoterapiens avslutning. Målsättning uppfylld?.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum för besök

år

år

år

januari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

februari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

mars

.....

.....

.....

.....

.....

.....

april

.....

.....

.....

.....

.....

.....

maj

.....

.....

.....

.....

.....

.....

juni

.....

.....

.....

.....

.....

.....

juli

.....

.....

.....

.....

.....

.....

augusti

.....

.....

.....

.....

.....

.....

september

.....

.....

.....

.....

.....

.....

oktober

.....

.....

.....

.....

.....

.....

november

.....

.....

.....

.....

.....

.....

december

.....

.....

.....

.....

.....

.....

