

NOME:

DATA:

PROFISSÃO?

JÁ FEZ TERAPIA?

QUEIXAS:

RELIGIÃO?

CRENÇA?

MEDO DA MORTE?

O QUE ACONTECE
DEPOIS DA MORTE?

RELACIONAMENTO?

FILHOS?

PAI:

MÃE:

IRMÃOS:

MEDOS?

TRAUMAS OU
MOMENTOS
DIFÍCEIS?

OBJETIVO: