* **Appointment Request Form**

You may also email us at mypositivetransformation@gmail.com with any questions.

* Date \*

Date

* How did you find us?



* Please specify name of referring person/agency and profession, if known.

(For example, Dr. Doe )

* What appointment needs do you have? \*



If you need to schedule or reschedule an appointment that is to take place in the next 24 hours, or the next business day, please call our office. For emergencies, please call 911.

* Client Name \*

First NameLast Name

* Client Date of Birth \*

Date

* Gender Identity



* Check all that apply for the patient:

Acculturation problems (i.e., language barriers, interracial couples, family, 1st/2nd generation immigrants)Attention problems/hyperactivity (ADHD concern)Bipolar disorder concernsChronic medical problems (i.e., pain, diabetes, sleep problems, headaches, etc.)Developmental delays (i.e., cognitive, speech, motor, language, possible Autism)Educational or learning problemsEmotional concerns (i.e., anxiety, depression, anger)Family conflictGender identity development (i.e., transgender, gender non-binary, genderqueer, LGBTQ+, genderfluid)General behavior concernsBehavioral problems for elderly (i.e., elopement, persecutory delusions, scatolia, etc.)Legal problemsNeed to determine what kind of treatment is needed for mental health issues.Need to determine if there is a mental health diagnosis.Obsessive compulsive behavior/OCDParenting difficultiesSchizophrenia/psychosis concernsSubstance use problemsTrauma/Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

* Are there any other special considerations or reasons for the requested appointment?



* Client Phone # (or best number for contacting you for scheduling the appointment) \*

-Area Code Phone Number

* Are you will to having the appointment via phone or video conferencing if possible? \*



* Client or Parent/Legal Guardian E-mail \*
* Parent/Legal Guardian's Name (if applicable)

First NameLast Name

* Name of person completing this form, if not the client or a legal guardian.

First NameLast Name

* If you are not the client, what is your relationship to the client?



* Client Address \*

Street Address

Street Address Line 2

City State / Province

Postal / Zip Code                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       Country

* Source of Payment \*



* What days work best for an appointment?

MondayTuesdayWednesdayThursdayFriday

* What time works best?

MorningAfternoon

* By signing and submitting this form, you give the clinicians and employees of Atlanta Psychological Services permission to call you for scheduling. You are also certifying that all information provided in this form is true and correct to the best of your knowledge.

Contact us via phone at 516-418-2673 with any questions or problems about this form.

* For identification verification, please upload a photo of your picture ID
* Client Signature / Legal Guardian's Signature \*

**Clear**