

Doküman No	KY.FR.01
Yayın Tarihi	15.02.2018
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	00
Sayfa Sayısı	04

Sayın Danışanımız,

Görüşmeye girmeden önce sizinle ilgili bazı bilgilere ihtiyacımız vardır. Bu bilgiler kimseyle paylaşılmayacaktır ve güvenli bir yerde saklı tutulacaktır.

Görüşme tarihi : __ / __ / __

Görüşme yeri : _____

Danışanın adı, soyadı : _____

Cinsiyeti : ☐ Kadın ☐ Erkek

Doğum Tarihi : __ / __ / __

Yaşı : _____

Boy/ Kilo : _____ cm / _____ kg

Eğitim Durumu : ☐ İlköğretim
☐ Lise
☐ MYO
☐ Lisans
☐ Y.Lisans
☐ Doktora

Mesleği : _____

Çalışma Durumu : _____

Medeni durumu : ☐ Bekar
☐ Evli
☐ Ayrı
☐ Boşanmış
☐ Dul Ne zamandır? _____

Telefonu : _____

Adresi : _____

E-maili : _____ @ _____

Doküman No	KY.FR.01
Yayın Tarihi	15.02.2018
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	00
Sayfa Sayısı	04

- Şu anda İstanbul'da yaşama şartları :
- ☐ Evde aile ile
 - ☐ Evde tek
 - ☐ Evde arkadaş ile
 - ☐ Akraba yanı
 - ☐ Yurt
 - ☐ Diğer.....

Acil durumlarda temas edilecek iki kişi (Ad, Soyad, Telefon Numarası)

1. _____
2. _____

BAŞVURU NEDENİ

Aşağıdaki listede size yardımcı olmamızı istediğiniz konuları seçin. Boş bırakılan yere eğer sorununuz

'Çok önemliyse- 5',

'Oldukça önemliyse-4',

'Önemliyse-3,

'Biraz önemliyse'-2,

'Hiç önemli değilse'-1' sayılarını yerleştirin.

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| __Öfke Kontrolü | __Dikkat dağınıklığı | __Bellek sorunları |
| __Saldırganlık, kavga, şiddet | __Yorgunluk | __Duygularda ani değişim |
| __Kilo/Yeme Sorunu | __Baş dönmesi | __Panik atak |
| __Uyku sorunu | __Umutsuzluk | __Takıntılı düşünme |
| __Kaygı | __Düşünmeden davranma | __İntihar düşünceleri |
| __Korku/Fobi | __Yalnızlık duygusu | __Kendi kabuğuna çekilme |
| __Madde Bağımlılığı | __Zihinsel kargaşa | __Cinsel Sorunlar |
| __Stresle baş edememe | __Alkol sorunu | __Göğüs ağrıları |
| __Depresyon | __İsteksizlik | __İnsanlardan kaçma |

Doküman No	KY.FR.01
Yayın Tarihi	15.02.2018
Revizyon Tarihi	-
Revizyon No	00
Sayfa Sayısı	04

Daha önce bir psikiyatrist veya psikologtan yardım aldınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise

Ne tür tedavi/tedaviler aldınız? () Bireysel Psikoterapi (Süre Belirtiniz) _____

() Grup terapisi (Süre Belirtiniz) _____

() İlaç tedavisi (isim ve süre Belirtiniz) _____

() Diğer (Belirtiniz) _____

Hangi tarihte ve kimden, kimlerden tedavi aldınız? _____

Psikolojik durumunuz için şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (İlaç İsmi, Kullanım Süresi ve Sıklığı Belirtiniz) _____

Herhangi bir bedensel rahatsızlığınız var mı? (Belirtiniz) _____

Tiroid/ Kansızlık probleminiz var mı? () Evet () Hayır

Tıbbi geçmişinizde belirtmek istediğiniz önemli rahatsızlığınız oldu mu? _____

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (İlaç İsmi, Kullanım Süresi ve Sıklığı Belirtiniz)

Hiç kendinize zarar verme (kendini kesmek, yakmak vb.) davranışınız oldu mu? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise ne sıklıkla ve ne şekilde bu davranışlar ortaya çıktı?

Daha önce herhangi bir intihar girişiminiz oldu mu? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise kaç kez ve ne zaman intihar girişiminde bulundunuz?

Daha önce hiç polisle karşı karşıya gelmenize neden olan bir sorun yaşadınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise kaç kez ve ne zaman böyle bir sorun yaşadınız?

AİLE BİLGİLERİ

	Yaşıyor		Sizinle birlikte yaşıyor		Yaş	Meslek	Çalışma Durumu	
	Evet	Hayır	Evet	Hayır			Evet	Hayır
Anne								
Baba								
Eş								
Çocuklar								
Erkek Kardeş								
Kız Kardeş								

Belirtmek istediğiniz başka bir bilgi varsa buraya ekleyebilirsiniz:

Teşekkür ederiz!

Görüşmeyi yapan psikoloğun adı soyadı / İmzası

_____ / _____

Telefonu : _____

Emaili : _____ @ _____