|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adı Soyadı :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Telefon Numarası** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **E-Posta** |  **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bölüm /Sınıf :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Doğum Tarihi :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Doğum Yeri :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Medeni Durum :** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cinsiyet** |  **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aile İçindeki Rolünüz:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Aynı Evde Siz Dahil Kaç Kişi Yaşıyor? :** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Daha Önce Bir Psikolojik Danışmanla Görüştünüz mü? :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Evetse Kiminle Görüştünüz/ Hangi Yıl/ Ne Kadar Sürdü? :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Daha Önce Bir Psikiyatrist ile Görüştünüz mü? :** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Evet' se Kiminle Görüştünüz? :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Hiç Psikiyatrik İlaç Kullandınız mı? :** |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Evet' se İsimleri / Dozu:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Düzenli Olarak Kullandığınız Başka İlaçlarınız Var mı? :** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Varsa İsimleri / Dozu:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Psikososyal Danışmanlık Birimine Başvurmaya Nasıl Karar Verdiniz? :** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Psikososyal Danışmanlık Birimine Başvurma Nedeniniz? :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bu Şikayetleriniz Ne Zamandır Devam Ediyor? :** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bu Şikayetleriniz Gündelik Yaşamınızı Ne Kadar Etkiliyor? :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Psikolojik Yardım Sürecinden Beklentilerinizi Kısaca Belirtiniz. :** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Not: Görüşmeler Microsoft Teams uygulaması üzerinden gerçekleştirilecektir. İşlemin kayıt  |  |
| altına alınmasını kabul ve beyan ederim. |  |  |  |  |  |  |