|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **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. | | | |  |  |  |  |  |  |