Başvuru Tarihi:……..…../……./…….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  | E-posta: |  |
| Cinsiyet: |  | Doğum Tarihi: |  |
| Sınıf: |  | Doğum Yeri: |  |
| Telefon Numarası: |  | Medeni Durum: |  |
|  |  |  |
| Aile içindeki rolünüz (anne, baba, eş, abla vb.) |  |
| Aynı evde siz dahil kaç kişi yaşıyor? |  |
| Daha önce bir psikolojik danışmanla görüştünüz mü?  |  Evet Hayır |
| Evetse Kiminle Görüştünüz/ Hangi Yıl/ Ne kadar sürdü? |  |
| Daha önce bir psikiyatrist ile görüştünüz mü ?  |  Evet Hayır |
| Evetse Kiminle Görüştünüz |  |
| Hiç psikiyatrik ilaç kullandınız mı? |  Evet Hayır |
| Evetse İsimleri/ Dozu |  |
| Düzenli olarak kullandığınız başka ilaçlarınız var mı? |  Evet Hayır |
| Varsa İsimleri/ Dozu |  |
| Psikososyal Danışmanlık Birimine başvurmaya nasıl karar verdiniz? |   Kendi kararım ile Ailenin yönlendirmesi ile   Arkadaş önerisi ile İdari personel yönlendirmesi  Dışardan bir uzmanın Akademisyen Yönlendirmesi  yönlendirmesi ile  |
| Psikososyal Danışmanlık Birimine başvurma nedeniniz? |  |
| Bu şikayetleriniz ne zamandır devam ediyor? |   Son 1 aydır 1-5 yıldır  3-6 aydır 5 yıldan fazla  6 ay – 1 yıldır |
| Bu şikayetleriniz gündelik yaşamınızı ne kadar etkiliyor? |   Hiç etkilemiyor/Çok az etkiliyor Az etkiliyor Orta düzeyde etkiliyor Fazla etkiliyor   Çok Fazla etkiliyor  |

Psikolojik yardım sürecinden beklentilerinizi kısaca belirtiniz: