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: