|  |  |
| --- | --- |
| 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? |  |
| Evet ise Kiminle Görüştünüz/ Hangi Yıl/ Ne Kadar Sürdü? |  |
| Daha Önce Bir Psikiyatrist ile Görüştünüz mü? |  |
| Evet ise Kiminle Görüştünüz? |  |
| Hiç Psikiyatrik İlaç Kullandınız mı? |  |
| Evet ise 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. |  |
| **Görüşmeler Microsoft Teams uygulaması üzerinden gerçekleştirilecektir. İşlemin kayıt altına alınmasını kabul ve beyan ederim.** | **İMZA** |