*ALANYA ÜNİVERSİTESİ*

*PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK MERKEZİ*

**DANIŞAN TANIŞMA FORMU**

***Lütfen aşağıdaki soruların hepsini mümkün olduğunca doldurmaya çalışınız. Kağıdın arkasını eklemek istediğiniz şeyler için kullanabilirsiniz. Aşağıdaki sorulara vereceğiniz cevaplar, terapi seanslarınızda size daha etkin hizmet etmede fayda sağlayacaktır! Tüm cevaplarınız gizli tutulacaktır.***

***Katkılarınız için teşekkür ederim.***

1. **GENEL BİLGİLER**

Ad/Soyad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Doğum tarihi:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meslek: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_İlişki Durumu:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Son tamamlanan okul: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Varsa hastalık geçmişi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **TEDAVİ GEÇMİŞİ**

Şu anda başka bir yerde psikiyatrik hizmetler, profesyonel danışmanlık veya psikoterapi alıyor musunuz?

( ) evet ( ) hayır

Daha önce psikoterapi gördünüz mü?

( ) hayır

( ) evet, ile (önceki terapistiniz?)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Şu anda reçeteli psikiyatrik ilaçlar (antidepresanlar veya diğerleri) alıyor musunuz?

( ) evet ( ) hayır

Eğer evet ise isimleri: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kim reçetelendirdi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **SAĞLIK VE SOSYAL BİLGİLER**

Tedavi gördüğünüz birinci basamak hekiminiz var mı? ( ) evet ( ) hayır

Birden fazla tedavi gördüğünüz alan var mı? ( ) evet ( ) hayır

Evet ise, bu tedavi alanları neler? : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En son ne zaman tedavi gördünüz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lütfen varsa kalıcı fiziksel sağlık sorunlarınız yazınız. (örn: kronik ağrı, başağrısı, hipertansiyon, diyabet, vb.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bu sağlık sorunları ile ilgili şuan kulanmakta olduğunuz mevcut bir ilaç var mı? Var ise isimleri neler? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uykuyla ilgili problemler yaşıyor musunuz? ( ) evet ( ) hayır

Eğer evet ise, bunlardan hangisi:

( ) Çok az uyuyorum ( ) Çok fazla uyuyorum ( ) Kalitesiz uykuya sahibim

( ) Kabuslar görüyorum ( ) diğer \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Haftalık ne sıklıkla egzersiz yaparsınız?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ne kadar sürer? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İştahınız veya yeme alışkanlıklarınızla ilgili herhangi bir zorluk yaşıyor musunuz? ( ) hayır ( ) evet

Eğer evet ise, hangisi yeme durumu mevcut : ( ) Az yeme ( ) Çok yeme ( ) Anormal yeme

( ) Kısıtlayarak yeme

Son 2 ayda belirli bir kilo değişikliği yaşadınız mı? ( ) hayır ( ) evet

Düzenli olarak alkol kullanıyor musunuz? ( ) hayır ( ) evet

Tipik bir ayda, 24 saatlik bir süre içinde ne sıklıkla 4 veya daha fazla içki içersiniz?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Keyif verici uyuşturucu kullanımına ne sıklıkla başvuruyorsunuz?

( ) günlük ( ) haftalık ( ) aylık ( ) nadir ( ) asla

Sigara veya herhangi bir tütün ürünü kullanıyor musunuz? ( ) evet ( ) hayır

Son zamanlarda intihar düşünceleriniz oldu mu?

( ) sıklıkla ( ) bazen ( ) nadir ( ) asla

Geçmişte intihar düşüncesi yaşadınız mı?

( ) sıklıkla ( ) arasıra ( ) nadir ( ) asla

Şu anda romantik bir ilişkiniz var mı? ( ) hayır ( ) evet

Cevabınız evet ise ne kadar süredir ilişkiniz var? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1-10 arası bir ölçekte (10 en yüksek kalite), şu anki ilişkinizi nasıl değerlendirirsiniz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geçen yıl içinde herhangi bir önemli yaşam değişikliği ya da stresör yaşadınız mı? Evet ise, lütfen açıklayınız: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aşağıdakilerden herhangi birini hiç yaşadınız mı?

|  |  |
| --- | --- |
| Aşırı depresif ruh hali | Yes / No |
| Dramatik ruh hali değişimleri | Yes / No |
| Hızlı Konuşma | Yes / No |
| Aşırı kaygı | Yes / No |
| Panik ataklar | Yes / No |
| Fobiler | Yes / No |
| Uyku bozuklukları | Yes / No |
| Halüsülasyonlar | Yes / No |
| Açıklanamayan zaman kayıpları | Yes / No |
| Açıklanamayan hafıza kayıpları | Yes / No |
| Alkol/madde kötüye kullanımı | Yes / No |
| Sık vücut şikayetleri | Yes / No |
| Yeme bozukluğu | Yes / No |
| Vücut imajı sorunları | Yes / No |
| Tekrarlayan düşünceler (örn. obsesyonlar) | Yes / No |
| Tekrarlayan davranışlar (örn. sık kontrol etme, el yıkama) | Yes / No |
| Cinayet düşünceleri | Yes / No |
| İntihar girişimleri | Yes / No Eğer evet ise, ne zaman? |

1. **MESLEKİ BİLGİLER**

Şu anda bir işin var mı? ( ) hayır ( ) evet

Evet ise, şu anda işiniz /pozisyonunuz nedir ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cevabınız evet ise mevcut konumunuzdan memnun musunuz? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lütfen varsa işle ilgili stres faktörlerini listeleyiniz. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **DİĞER BİLGİLER?**

Güçlü yönleriniz nelerdir?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Beğendiğiniz yönleriniz nelerdir ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Öğrendiğiniz etkili başa çıkma stratejileri nelerdir?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapi için hedefleriniz nelerdir?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bu bilgiler psikoterapi etik ilkeleri gereğince gizli tutulmaktadır. Bu bilgilerin yasal bir hükümlülük gerekmedikçe 3.kişilerle, izniniz olmadan paylaşılması mümkün değildir.