



**PSİKOLOJİK ARAŞTIRMA ve UYGULAMA
MERKEZİ (ArelPAM)
GÖRÜŞMEYE GİRİŞ FORMU**

Doküman No: FR.PAM.003
Yayın Tarihi: 28.01.2025
Revizyon No: 00
Revizyon Tarihi:

Görüşmeye girmeden önce sizinle ilgili bazı bilgilere ihtiyacımız vardır. Bu bilgiler terapistlerin eğitimleri sırasında gizlilik ilkesi gözetilerek kullanılabilir ancak bunun dışında kimseyle paylaşılmayacaktır ve güvenli bir yerde saklı tutulacaktır.

Görüşme tarihi- yeri :/...../.....

Danışanın adı, soyadı :

Cinsiyeti :

Yaşı :

Boy/ Kilo :

Doğum tarihi :

Eğitim Durumu : İlköğretim Lise MYO Lisans Y.Lisans Doktora

Mesleği :

Çalışma Durumu :

Medeni durumu : Bekar Evli Ayrı Boşanmış Dul Ne zamandır?.....

Telefonu :

Adresi :

E-maili :

Şu anda İstanbul'da yaşama şartları:

Evde aile ile Evde tek Evde arkadaş ile Akraba yanı Yurt Diğer.....

Arel Üniversitesi Psikoloji Eğitim Merkezine daha önce başvurduunuz mu? Evet Hayır

Evet ise; Ne zaman?

Kaç görüşme:

Acil durumlarda temas edilecek iki kişi (Ad, Soyad, Telefon Numarası)

1.

2.

Arel Üniversitesi Psikoloji Eğitim Merkezi ile ilgili bilgiyi nereden aldınız?

Broşür Posterler İnternet Hoca Arkadaş Tanıtım toplantısı

BAŞVURU NEDENİ

Aşağıdaki listede size yardımcı olmamızı istediğiniz konuları seçin. Boş bırakılan yere eğer sorunuz

‘Çok önemliyse- 5’, ‘Oldukça önemliyse-4’, ‘Önemliyse-3, ‘Biraz önemliyse’-2, ‘Hiç önemli değilse’-1’ sayılarını yerleştirin.

__ Öfke Kontrolü	__ Uyku sorunu	__ Madde Bağımlılığı
__ Dikkat dağınıklığı	__ Umutsuzluk	__ Zihinsel kargaşa
__ Bellek sorunları	__ Takıntılı düşünme	__ Cinsel Sorunlar
__ Saldırganlık, kavga, şiddet	__ Kaygı	__ Stresle baş edememe
__ Yorgunluk	__ Düşünmeden davranma	__ Alkol sorunu
__ Duygularda ani değişim	__ İntihar düşünceleri	__ Göğüs ağrıları
__ Kilo/Yeme Sorunu	__ Korku/Fobi	__ Depresyon
__ Baş dönmesi	__ Yalnızlık duygusu	__ İsteksizlik
__ Panik atak	__ Kendi kabuğuna çekilme	__ İnsanlardan kaçma

Daha önce bir psikiyatrist veya psikologdan yardım aldınız mı? () Evet () Hayır

Cevabınız evet ise Ne tür tedavi/tedaviler aldınız?

() Bireysel Psikoterapi (Süre Belirtiniz)

() Grup terapisi (Süre Belirtiniz)

() İlaç tedavisi (isim ve süre Belirtiniz).....

()Diğer (Belirtiniz)

Hangi tarihte ve kimden, kimlerden tedavi aldınız?.....

Psikolojik durumunuz için şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? (İlaç İsmi, Kullanım SüresiveSıklığıBelirtiniz).....

Herhangi bir bedensel rahatsızlığınız var mı? (Belirtiniz).....

Tiroid/ Kansızlık probleminiz var mı? () Evet () Hayır

Tıbbi geçmişinizde belirtmek istediğiniz önemli rahatsızlığınız oldu mu?.....

Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı? (İlaç İsmi, Kullanım Süresi ve Sıklığı Belirtiniz).....

Belirtmek istediğiniz başka bir bilgi varsa buraya ekleyebilirsiniz: Teşekkür ederiz!

Görüşmeyi yapan psikoloğun adı soyadı:

Telefonu :

E-maili :