

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ PSİKOSOSYAL DANIŞMANLIK BİRİMİ BAŞVURU FORMU

 Başvuru Tarihi:……..…../……./…….

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı: |  | E-posta: |  |
| Cinsiyet:  |  | Doğum Tarihi:  |  |
| Sınıf:  |  | Doğum Yeri: |  |
| Telefon Numarası: |  | Medeni Durum: |  |

1. Aile içindeki rolünüz (anne, baba, eş, abla vb.) :
2. Aynı evde siz dahil kaç kişi yaşıyor:
3. Daha önce bir psikolojik danışmanla görüştünüz mü: EVET / HAYIR
4. Evetse Kiminle Görüştünüz/ Hangi Yıl/ Ne kadar sürdü:
5. Daha önce bir psikiyatrist ile görüştünüz mü: EVET / HAYIR
6. Evetse Kiminle Görüştünüz:
7. Hiç psikiyatrik ilaç kullandınız mı? EVET / HAYIR
8. Evetse İsimleri/ Dozu:
9. Düzenli olarak kullandığınız başka ilaçlarınız var mı? EVET / HAYIR
10. Varsa İsimleri/ Dozu
11. Psikososyal Danışmanlık Birimine başvurmaya nasıl karar verdiniz? :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Kendi kararım ile | Akademisyen Yönlendirmesi ile | İdari personel yönlendirmesi ile | Arkadaş önerisi ile | Ailenin yönlendirmesi ile | Dışardan bir uzmanın yönlendirmesi ile |

1. Psikososyal Danışmanlık Birimine başvurma nedeniniz?
2. Bu şikayetleriniz ne zamandır devam ediyor?:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Son 1 aydır | 3-6 aydır | 6ay – 1 yıldır  | 1-5 yıldır | 5 yıldan fazla |

1. Bu şikayetleriniz gündelik yaşamınızı ne kadar etkiliyor?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Hiç etkilemiyor/Çok az etkiliyor | Az etkiliyor | Orta düzeyde etkiliyor | Fazla etkiliyor | Çok Fazla etkiliyor |

1. Psikolojik yardım sürecinden beklentilerinizi kısaca belirtiniz: