

Psikoterapi Ön Bilgi Formu



Başvuru No:

Tarih:

Adınız Soyadınız:

Doğum Tarihiniz:

Telefon Numaranız:

E-Posta Adresiniz:

Acil Durumda Ulaşılabilecek Kişileriniz:

Adı:

Yakınlık Derecesi:

Telefon Numarası:

Melis Demircioğlu
UZMAN PSİKOLOG

1. Sizi psikoterapi sürecine başlamaya yönlendiren konu ya da sorun alanları nelerdir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Bu konu ya da sorunların başlama tarihi nedir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Bu konu ya da sorunların hayatınızda yarattığı engeller nelerdir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Daha önce bu konu ya da sorunlarla ilgili psikolojik destek veya tedavi aldınız mı? Aldıysanız ne tür bir tedaviydi? Bu tedavi sürecinde ilaç kullandınız mı? Kullandıysanız isimleri nelerdir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Daha önce bu konu ya da sorunlar dışında farklı bir konuda psikolojik destek veya tedavi aldınız mı? Aldıysanız ne tür bir tedaviydi? Bu tedavi sürecinde ilaç kullandınız mı? Kullandıysanız isimleri nelerdir?

.....
.....
.....
.....

6. Halen kullanmakta olduğunuz bir ilaç var mı? Varsa ilaç adı ve kullandığınız doz nedir?

.....
.....
.....
.....

7. Psikoterapi sürecinden beklentileriniz nelerdir?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....