 **SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRESİ BAŞKANLIĞI**

 **Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Birimi Hizmetleri**

 **Personel/Öğrenci Başvuru ve Onam Formu**

 **Düzenlenme Tarihi:**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

 **Saati :** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **GENEL BİLGİLER**

**T.C.:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **Öğrenim Durumu:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Adı Soyadı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Çalıştığı Birim/Okuduğu Bölüm:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Cinsiyet:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Sınıf:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Medeni Durum:**  \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Sicil/Öğrenci no:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Doğum Tarihi ve Yeri:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **Tel:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **e-mail:**

1. **AİLE BİLGİLER**

 **Sağ Vefat ise Nedeni Öz Üvey Mesleği Öğrenim Durumu**

**Baba Adı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **( ) ( )**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **( ) ( )** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Anne Adı:** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **( )** **( )**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_  **( ) ( )** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Anne- Baba Birliktelik Durumu** Birlikte Yaşıyor **( )**  Ayrı **( )**  Boşanmış **( )**

**Kiminle Yaşıyorsunuz** Ailemle **( )** Tek Başına Evde **( )** Ev Arkadaşımla **( )** Yurtta **( )**

**Kardeşiniz var mı? Yaşları Nedir?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **\_ \_ \_ \_ Kaçıncı Çocuksunuz?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Çocuğunuz var mı? Yaşları Nedir?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **\_ \_ \_ \_** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

1. **SAĞLIK BİLGİLERİ**

**Daha önce geçirdiğiniz önemli bir fiziksel rahatsızlık ya da ameliyat var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **\_ \_ \_ \_ \_**

**Daha önce geçirdiğiniz önemli bir psikolojik rahatsızlık var mı?** \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ **\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Psikiyatrik ilaç tedavisi aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( ) Ne kadar süre kullandınız?** \_ \_ \_ \_ **\_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Psikoterapi aldınız mı? Evet ( ) Hayır ( ) Ne kadar süre psikoterapi aldınız? \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Sürekli bir rahatsızlığınız var mı? \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Ailenizde kalıtsal, kronik ya da bulaşıcı süreğen hastalığı olan var mı? \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Ailenizde psikolojik ya da psikiyatrik tedavi görmüş kişiler var mı? \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

1. **PSİKOLOJİK DURUMU**

**Son Zamanlarda;**

**Kendinizi ruhsal yönden nasıl hissediyorsunuz?(Tanımlayınız) \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Vücudunuzda ağrı, yanma, kasılma, kaşıntı, uyuşma vb. oluyor mu? Evet ( ) Hayır ( ) Kendinizi düşüncelerle daha çok uğraşır halde buluyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( ) Kendinizle yalnız kalma, insanlardan uzaklaşma düşünceleriniz oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )**

 **Kendi kendinize, duvarla ya da hayali biri ile konuştuğunuz olur mu? Evet ( ) Hayır ( )**

 **Bir davranışınızı takıntılı şekilde sürdürdüğünüzü düşünüyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )**

 **Kolay ağlama, ani/aşırı sinirlenme, alınganlık, aşırı duyarlılık hissettiniz mi? Evet ( ) Hayır ( )**

**Bedeninizden çıktığınızı ve sonra kendinizi dışarıdan izlediğinizi hissettiniz mi? Evet ( ) Hayır ( ) Çevrenize karşı yabancılaşma, sanki orada değilmişsiniz gibi hissettiniz mi? Evet ( ) Hayır ( )**

**Kalabalık ortamlarda bunalma, göğüs ve karın ağrısı, çarpıntı hisseder misiniz? Evet ( ) Hayır ( ) Uyku düzeninizde bozulmalar(artma, azalma, bölünme) yaşıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )**

**İştah düzeninizde değişikler(aşırı yeme, isteksizlik) yaşıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )**

**Hayatınız Boyunca;**

 **Korktuğunuz bir hayvan, nesne, yer, durum oldu mu? Evet ( ) Hayır ( )**

 **Başınızdan travmatik bir olay (yakın kaybı, kaza, afetler, taciz vb) geçti mi? Evet ( ) Hayır ( )**

1. **SOSYAL DURUM**

**Aşağıda Bazı Alışkanlıklarınızın Günlük Kullanım Sıklığı Sorulmaktadır. Size Uygun Olanı İşaretleyiniz.**

**Ekran Kullanımı** Günde 0 - 1 saat **( )** 1-2 saat arası **( )** 2-4 saat arası **( )** 4 saatten fazla **( )**

**Arkadaşlarınızla Vakit** Günde 0 - 1 saat **( )** 1-2 saat arası **( )** 2-4 saat arası **( )** 4 saatten fazla **( )**

**Kitap Okuma Haftada** 0 - 1 saat **(** **)** 1-2 saat arası **( )** 2-4 saat arası **( )** 4 saatten fazla **( )**

**Sosyal Faaliyet Haftada** 0 - 1 saat **( )** 1-2 saat arası **( )** 2-4 saat arası **( )** 4 saatten fazla **( )**

**Okula/Bölüme Uyumda Zorluk Yaşıyor Musunuz?**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Arkadaşlık İlişkileri ve/veya Yeni Arkadaş Edinme Konusunda Zorluk Yaşıyor Musunuz?**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Aile ile İlişkilerinizde Zorluk Yaşıyor Musunuz?**

**\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**İlgi Alanlarınız Nelerdir**

**Spor Faaliyetleri:** Futbol **( )** Basketbol **( )** Voleybol **( )** Tenis **( )** Yüzme **( )** Fitness **( )**

Atletizm **( )** Kayak **( )** Savunma Sporları(Judo, Karate vb.) **( )**  **Diğer\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Müzik Faaliyetleri:** Bağlama **( )** Keman **( )** Flüt, Yan Flüt **( )** Ney **( )** Gitar **( )** Piyano **( )**

Ritim Çalgılar(Perküsyon, def) **( )** Kemençe **( )** **Diğer\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Kültürel Faaliyetler:** Tiyatro **( )** Sinema **( )** Söyleşi **( )** Konser **( )** Gezi **( )** Sergi **( )** Müze **( )** **Diğer\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

**Hobi Faaliyetleri:** Puzzle **( )**  Maket **( )** Ebru **( )** Elişi **( )** Koleksiyonculuk **( )**

Pastacılık **( )**  **Diğer\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**

1. **ONAM**
2. Seans süresi ve hizmetin işleyişiyle ilgili bilgilendirildim. **( )**
3. Danışman tarafından belirtilen seans sürekliliğinin önemi hakkında bilgilendirildim. **( )**
4. Psikiyatri tedavisinin hangi durumlarda gerekli olabileceği konusunda bilgilendirildim. **( )**
5. Kişisel bilgilerimin depolanması, gizliliği ve sadece süpervizyon gerektiğinde bilgilerimin vaka olarak başka bir uzman ile paylaşılabileceği konusunda bilgilendirildim. **( )**
6. Kendine ya da başkasına zarar verme durumlarında ve 18 yaş altı, yaşlı veya engellinin kötüye kullanımı durumlarında gizlilik ilkesi göz ardı edilebilmektedir. Bu durumlarda gerekli yerlere (Emniyet, Aile, Okul vb.) bilgi verileceği konusunda bilgilendirildim. **( )**
7. Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Birimi’nden etkin hizmet alabilmek için yukarıdaki belirtilen maddelerle ilgili olarak Danışman ile işbirliği yapmam konusunda bilgilendirildim. **( )**

**Lütfen Aşağıdaki Boşluğa Yandaki İfadeyi Yazınız… “Formda verdiğim bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum”**

 **Danışan Adı Soyadı**: **Danışman Adı Soyadı:**

 **İmzası: Unvanı:**

 **İmzası:**