



This project is funded by the European Union.
Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.
هذا المشروع تم تمويله من قبل الاتحاد الأوروبي

PSİKOLOJİK GÖRÜŞME FORMU

UZUN GÖRÜŞME

MERKEZDE GÖRÜŞME

DIŞ ERIŞİM GÖRÜŞMESİ

| | | | |
|---------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| Rapor No | | Merkez Adı | |
| Düzenleyen Psikolog | | Düzenleme Nedeni | |
| Tarih | | Saat | |
| Yer/Adres | | | |
| Öncelik/Önem | <input type="checkbox"/> Acil/Önemli | <input type="checkbox"/> Normal/Genel | |

| | | | |
|--------------|--|----------------|--|
| Adı Soyadı | | TCKN | |
| Uyruk | | Cinsiyet | |
| Doğum Tarihi | | Eđitim Durumu | |
| Medeni Hali | | Çalışma Durumu | |
| Telefon | | Ev adresi | |

1) Ailede psikolojik sorunu olan veya olduğunu düşündüğünüz kişi/kişiler var mı?

Hayır Evet

Evet ise; Yakınlık derecesi:

| | | | |
|-------------|--|--------------------|--|
| Adı soyadı | | TCKN | |
| Cinsiyet | | Eđitim Durumu | |
| Medeni hali | | Varsa çocuk sayısı | |

2) Varsa, bu durumu ne zaman, nasıl fark ettiniz? Sizce bu durum neden kaynaklanıyor olabilir?

.....

3) Daha önce Psikolojik/Psikiyatrik yardım aldınız mı?

Hayır
 Evet ise;

4) Kullanılan ilaçlar var mı? Nelerdir?

Hayır
 Evet ise;

5) Yaşanılan temel problem nedir? (İfade edilen ve gözlemlenenler)

.....

| | |
|---------------------------------------|------------------------------|
| Panik bozukluk | OKB |
| Kaygı/stres | TSSB |
| Depresif duygudurum | Cinsel bozukluk |
| İntihar Düşüncesi | Açıklanamayan uyku bozukluğu |
| Psiko-somatik belirtiler | Alt ıslatma |
| Bağımlılık (alkol, sigara, madde vb.) | Davranış problemi |
| Konuşma geriliği | Gelişimsel problem |



This project is funded by the European Union.
Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.
هذا المشروع تم تمويله من قبل الاتحاد الأوروبي

6) Etki/Problemler günlük yaşantınızı nasıl etkiliyor?(Ev, iř, akraba, arkadaş vb.)

.....
.....

7) Neyin yardımı olabilir?

.....
.....

8) Bařa çıkma becerileri nelerdir? Danışanın güçlü yönleri nelerdir?

.....
.....

9) Madde bağımlılığı var mı?

Hayır

Evet ise;

10) Uyku düzeniniz nasıl? (Günde kaç saat uyuyorsunuz?)

.....

11) Beslenme düzeniniz nasıl? (Günde kaç öğün yiyorsunuz?)

.....

12) Müdahale planı nedir? Varsa görüşme organizasyon bilgilerini yazınız.

.....

13) Uygulanan ölçek ve değerlendirmeleri yazınız.

- Psikopatolojik test (Deđerlendirilmesi)
- Zeka testi (Deđerlendirilmesi)
- Yetenek/ilgi testi (Deđerlendirilmesi)
- Kiřilik testi (Deđerlendirilmesi)
- Gelişimsel test (Deđerlendirilmesi)
- Performans testi (Deđerlendirilmesi)
- Diğer;

14) Yapılan yönlendirmeleri yazınız.

- Hastane
- Toplum ruh sağlığı merkezi
- Okul
- Özel öğretim kurumu
- Dil ve konuşma terapisti
- Oyun terapisti
- Çift ve aile terapisti
- Cinsel terapist
- Engelli rehabilitasyon merkezi
- Engelli bakım merkezi
- Adliye

- Emniyet
- İl Göç İdaresi
- İl Nüfus Müdürlüđü
- İl Millî Eđitim Müdürlüđü
- Valilik/kaymakamlık
- Konsolosluk
- Diğer;

Varsa diğer notlar:

.....



This project is funded by the European Union.
Bu proje Avrupa Birliği tarafından finanse edilmektedir.
هذا المشروع تم تمويله من قبل الاتحاد الأوروبي

15) Birinci basamak sağlık merkezi (G/GGSM, TRSM) ve tedavilerine erişim durumu?

Kullanılıyor (detay veriniz).....

Kullanılmıyor (Birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin önündeki engeller, sağlık okuryazarlığı eksikliği, tanıtım yetersizliği, diğer erişimi engelleyen nedenler çerçevesinde, çözüm önerileri ile birlikte detay veriniz)

16) Yapılan sağlık okuryazarlığı çalışmaları (konu, katılımcı, etkileşim, ihtiyaç belirleme noktalarında detay veriniz)

Bireysel SOY (Sağlık Okuryazarlığı) eğitimi verildi

Toplu SOY Eğitimi verildi (... kişi)

17) Daha önce ziyaret edilip edilmediği ve ziyaretin genel sağlık, psikolojik, sosyal durum/sağlık ve sağlık okuryazarlığı üzerine etkileri çerçevesinde;

Kaçıncı ziyaret olduğu:

Genel sağlık üzerine etkileri:

Psikolojik sağlık üzerine etkileri:

Sosyal sağlık/durum üzerine etkileri:

Sağlık okuryazarlığı üzerine etkileri:

18) Sosyal Hizmet uzmanı veya Mobil Hizmete bildirilmesi gereken durumlar:

Yok Var (Yatalak hasta, kimliksiz birey, bulaşıcı hastalık riski vs) detay veriniz:

19) Hatırlatıcı önemli notlar:

.....

20) Bir sonraki görüşme planı:

Düzenleyen Tarih/İmza: