ОТКРЫТИЕ ДЕЛА

(Не заполнять этот раздел – Только для консультанта)

НОМЕР ДЕЛА:_____
ДАТА ПЕРВОЙ ВСТРЕЧИ:_____

ИМЯ, ФАМИЛИЯ: _____

ДАТА РОЖДЕНИЯ:_____
ТЕЛЕФОН, ЭМЕЙЛ: _____
ПО РЕКОМЕНДАЦИИ:_____

ОЦЕНИТЕ ВАШЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ? ☐Отличное ☐Хорошее ☐Среднее☐Плохое

ПРИНИМАЕТЕ ЛИ ВЫ ЛЕКАРСТВА?☐ДА ☐НЕТ (ТОЛЬКО ДЛЯ ИНФОРМАЦИИ)

Если да, какие? По какой причине? _____
_____

СТРАДАЕТЕ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС ОТ КАКОЙ-ЛИБО БОЛЕЗНИ, НЕДУГА?☐ДА☐НЕТ

Если да, от какого? _____

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ДОКТОРА?☐ДА☐НЕТ

ДАТА ПОСЛЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА:_____

ФАМИЛИЯ СЕМЕЙНОГО ДОКТОРА И КОНТАКТЫ: _____

ЧУВСТВУЕТЕ ЛИ ВЫ СЕЙЧАС НАПРЯЖЕНИЕ В ТЕЛЕ?☐ДА☐НЕТ

Если да, в какой части? _____

ЕСТЬ ЛИ У ВАС, ИЛИ БЫЛИ РАНЕЕ ПРОБЛЕМЫ С ВЕСОМ?☐ДА☐НЕТ

☐Анорексия ☐Булимия ☐Лишний вес ☐Прочее: _____
Если да, когда? _____

ПЕРЕЖИВАЛИ ЛИ РАНЕЕ ИЛИ СЕЙЧАС ТРАВМАТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ (ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ШОК), О КОТОРОМ ВЫ ПОМНИТЕ И СЕЙЧАС?☐ДА☐НЕТ

Если да, что это было?_____
_____

_____

ПЕРЕЖИВАЛИ ЛИ ВЫ В С ВОЕМ ОКРУЖЕНИИ СМЕРТИ, КОТОРЫЕ ВАС ОЧЕНЬ ПОТРЯСЛИ?☐ДА☐НЕТ

Если да, расскажите?_____

СТАВИЛИ ЛИ ВАМ РАНЕЕ ДИАГНОЗ «МЕНТАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА»? ☐**ДА**☐**НЕТ**

Если да, то когда и что именно диагностировали? _____

Если вы и сейчас находитесь под наблюдением, дайте контакты вашего психолога или психиатра:

ОТКРЫТИЕ ДЕЛА

_____

СТРАДАЛИ ЛИ ВЫ РАНЕЕ ИЛИ СЕЙЧАС ОТ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И/ИЛИ МЕНТАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ?
(депрессия, навязчивые состояния и т.д.)

Если да, от чего именно? _____

НАХОДИТЕСЬ ЛИ ВЫ ИЛИ НАХОДИЛИСЬ РАНЕЕ ПОД НАБЛЮДЕНИЕМ ПСИХОЛОГА ИЛИ ПСИХИАТРА ПО ПРИЧИНЕ ЭТИХ ИЛИ ДРУГИХ РАССТРОЙСТВ? ☐**ДА** ☐**НЕТ**

Если да, то когда и почему? _____

_____

ОБРАЩАЛИСЬ ЛИ ВЫ РАНЕЕ ЗА ПОМОЩЬЮ ПО ПРИЧИНЕ ПРОБЛЕМ МЕНТАЛЬНОГО ПОРЯДКА?☐**ДА**☐**НЕТ**
Если да, то когда и почему? _____

ЗАДУМЫВАЛИСЬ ЛИ ВЫРАНЕЕ ИЛИ БЫЛИ ЛИ У ВАС ПОПЫТКИ К СУИЦИДУ? ☐**ДА** ☐**НЕТ**
Если да, есть ли у вас люди, которые поддерживают вас? Кто это? _____

_____

ХОТИТЕ ЛИ ВЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНО ЗАЯВИТЬ О КАКИХ-ЛИБО ПРОБЛЕМАХ МЕНТАЛЬНОГО ИЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ХАРАКТЕРА, О ЧЕМ НЕ БЫЛО КЩЕ СКАЗАНО ВЫШЕ? ☐**ДА**☐**НЕТ**

Еслида, очем? _____

_____

ЕСТЬ ЛИ У ВАС, ИЛИ БЫЛИ ЛИ У ВАС РАНЕЕ ЗАВИСИМОСТИ ИЛИ НАВЯЗЧИВЫЕ СОСТОЯНИЯ? ☐**ДА**☐**НЕТ**

☐Питание ☐Алкоголь☐Наркотики☐Игровая зависимость☐Сексуальность ☐Эмоциональная сфера☐Другое

_____

РАНЕЕ ПРОВЕДЕННЫЕ КОНСУЛЬТАЦИИ (С ДРУГИМИ СПЕЦИАЛИСТАМИ)?☐**ДА**☐**НЕТ**

ПОМОГЛО ЛИ ЭТО? _____

С КЕМ СВЯЗАТЬСЯ В СРОЧНЫХ СЛУЧАЯХ: _____

НОМЕР ТЕЛЕФОНА: _____**КЕМ ДОВОДИТСЯ:** _____

ЕСТЬ ЛИ У ВАС АЛЛЕРГИЯ: _____

☐Данным подтверждаю точность всех предоставленных данных

_____ _____

Клиент Дата

Личные данные, изложенные в данном формуляре, хранятся в течение 2 лет с момента вашей последней консультации. Затем они будут уничтожены консультантом.