

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 СВОЕМ ОКРУЖЕНИИ СМЕРТИ, КОТОРЫЕ ВАС ОЧЕНЬ ПОТЯСАЛИ? 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 ВЫ РАНЕЕ 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

Если да, о чем? _____

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.