



## PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK HİZMETİ ÖN GÖRÜŞME FORMU

...../...../20.....

**Adı Soyadı** : .....

**Bölüm-Sınıf** : .....

**Telefon Numarası (GSM)** : .....

**Yaş** : .....

1) Şu anda nerede kalıyorsunuz?

- ( ) Ailemin yanında kalıyorum.  
( ) Yurtta kalıyorum.  
( ) Evde kalıyorum (tek başıma, arkadaşlarla, bir tanıdığım yanında vb.).

2) Eğer ailenizin yanında kalmıyorsanız hangi şehirden geldiniz?

.....

3) Ailenizin kaç çocuğu var (siz dahil)?

.....

4) Üniversitedeki eğitiminiz;

- ( ) Normal Öğretim ( ) İkinci Öğretim

5) Annem; ( ) Hayatta Babam; ( ) Hayatta

- ( ) Öldü ( ) Öldü

6) Annem ve babam; ( ) Beraberler

- ( ) Boşandılar  
( ) Ayrı yaşıyorlar

7) Daha önce hiç psikoloğa ya da psikiyatriste gittiniz mi?

- ( ) Evet ( ) Hayır

8) Aileniz ve akrabalarınız arasında daha önce psikoloğa ya da psikiyatriste giden oldu mu?

- ( ) Evet ( ) Hayır

9) Fiziksel/kronik bir hastalığınız var mı?

- ( ) Evet ( ) Hayır

10) Ailenizde fiziksel/kronik bir hastalığı olan var mı?

- ( ) Evet ( ) Hayır

11) Kullandığınız bir ilaç var mı?

- ( ) Evet ( ) Hayır

12) Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- ( ) Evet ( ) Hayır

13) Aşağıdaki maddelerden daha önce veya şu anda kullanmış olduklarınızı işaretleyin.

- ( ) Sigara ( ) Alkol  
( ) Uyuşturucu madde ( ) Hiçbirini kullanmadım/kullanmıyorum.