

Уважаемая пациентка, уважаемый пациент,

Эта анкета должна помочь получить как можно более полное представление об истории вашей жизни. Важно, чтобы вы ответили на вопросы как можно полнее. Если у вас недостаточно места для ответов на некоторые вопросы, используйте обратную сторону или дополнительный лист. Если вы не можете или не хотите отвечать на определенные вопросы, вы можете их пропустить. Пожалуйста, не торопитесь и заполните анкету самостоятельно. Ваша информация будет рассматриваться как строго конфиденциальная.

Фамилия:	Имя:
Место рождения: дата рождения:	Изученная профессия / практикуемая профессия
<input type="checkbox"/> полный рабочий день <input type="checkbox"/> Безработный <input type="checkbox"/> неполный рабочий день <input type="checkbox"/> Пенсионер <input type="checkbox"/> Ученик/студент	Работоспособность на данный момент: <input type="checkbox"/> есть <input type="checkbox"/> нет
Семейное положение: <input type="checkbox"/> холост <input type="checkbox"/> женат <input type="checkbox"/> разведён <input type="checkbox"/> вдовец	Религиозная принадлежность:
Высота тела: см	Вес: kg

2. Причина вашего обращения к психологу: в чем состоят ваши проблемы на сегодняшний день. Опишите максимально подробно и по возможности проранжируйте по степени значимости для вас:

3. Был ли ранее опыт работы с психологом, какой именно, к каким результатам вы пришли и завершили ли процесс:

4. Какой результат вы ожидаете получить при прохождении терапии. Чем на ваш взгляд может помочь психотерапевт:

5. Каким вы видите сроки терапии для вас по вашему вопросу:

6. При каких условиях на ваш взгляд проблемы/симптомы/реакции усиливаются и уменьшаются:

7. Каково ваше общее самочувствие? Бывают ли следующие расстройства (сердцебиения, ощущение нехватки воздуха, головные боли, приливы жара, озноб, дрожь в теле, учащенное мочеиспускание, колебания давления, температуры и т.д.):

8. Укажите, какое у вас преимущественно настроение за прошедшие три месяца. Часто ли бывает апатия, тоска, тревога, подавленность, раздражение, как долго длятся эти состояния? Бывают ли немотивированные подъемы настроения и активности, и как долго они длятся:

9. Вы или ваши близкие имеют в анамнезе психические заболевания, если да, то какие и кто:

10. Чем вам больше всего нравится заниматься, какие люди и вещи приносят Вам больше всего удовольствия?

11. Сколько часов в сутки вы спите? Какой у вас сон (засыпание, пробуждения ночью, пробуждения под утро, характер снов, повторяющиеся сны, разбитость утром):

12. Были ли у вас попытки суицида и мысли о нем:

13. Перечислите свои основные жизненные цели:

14. Употребляете ли вы на данный момент наркотические вещества и имели ли опыт их употребления? Как реагировали на них, возникала ли зависимость:

15. Перечислите свои основные проблемы в области интимных отношений если они есть:

16. Какие заметные изменения произошли в вашей жизни за ближайший год:

17. Перечислите свои основные преимущества и положительные стороны:

18. Перечислите свои негативные стороны:

19. Перечислите свои основные проблемы в отношениях с другими людьми:

20. Перечислите свои основные проблемы в учебе или на работе:

21. Что бы вам больше всего хотелось в себе изменить:

22. Кратко опишите личность своей матери и как складывались ваши отношения:

23. Кратко опишите личность своего отца и как складывались ваши отношения:

24. Принимаете ли вы обезболивающие препараты, транквилизаторы, нейролептики или антидепрессанты? Как часто, в каких дозах и по назначению какого врача:

25. Употребляете ли вы алкоголь, как часто и в каком количестве? Бывали в вашей жизни периоды злоупотребления:

26. Какие пищевые привычки у вас наблюдаются и есть ли нарушения питания? Какой у вас аппетит (ослабление, усиление, изменение вкуса)? Бывают ли периоды переедания, сильного голода, потери аппетита, колебания веса:

27. Какова ваша работоспособность, концентрация, внимания, память? Возникали ли из-за этого проблемы на работе, в быту:

28. Замечаете ли вы за собой навязчивые мысли, ритуалы:

29. Есть ли у вас явные или тайные недоброжелатели? Пытается ли кто-нибудь отравить Вашу жизнь:

30. Возможно вы знаете о каких-то своих зависимостях:

31. Испытывали ли вы когда-нибудь необычные переживания: видения, слышали необычные звуки, голоса, возникало ли ощущение, что вы можете читать чужие мысли или передавать их другим людям? Чувствовали ли, что на вас пытаются воздействовать необычными способами (например, гипнозом) или управлять вами:

32. Есть ли у вас на момент прохождения терапии беременность или заболевания, о которых вы считаете важным сообщить терапевту (астма, эпилепсия, наличие кардиостимулятора, онкология и тп):

33. Имеют ли место в настоящее время какие-то неблагоприятные внешние обстоятельства? Какие и как Вы с ними справляетесь:

34. Дата заполнения:

35. Координаты для связи с вами:

Большое спасибо за заполнение анкеты!