

Klinik Ön Görüşme Formu

1. Genel Bilgiler

İsim-Soy isim	
Yaş	
Medeni Durumu	
Eğitim Durumu	
Meslek	
Bize nereden ulaştınız?	

2. Şikâyetlerin Detaylandırılması

Daha önce bir psikolog veya psikiyatriste gittiniz mi, gittiyseniz sebebi neydi	
Başvuru Nedeni	
Başlangıç Zamanı ve Süresi	
Şikâyetlerin Yoğunluğu, Sıklığı ve Sürekliliği	
Günlük İşlevsellik Üzerindeki Etkisi (İş, sosyal hayat, aile ilişkileri üzerindeki etkileri)	

3. Psikososyal Geçmiş

Aile Öyküsü	
Yaşam Boyunca Önemli Olaylar/ Değişiklikler (Evlenme, boşanma, göç, iş kaybı vb.)	
Son 5 yıl içinde önemli bir kayıp, afet, ameliyat hastalık vb durumlar	
Alkol, Madde kullanımınız var mı?	
Hiç kendinize zarar verdiniz mi, bir girişiminiz oldu mu?	

4. Tıbbi Geçmiş

Genel Sağlık Durumu:	
Mevcut veya Geçmişte Kullanılan İlaçlar	
Geçirilen Cerrahi veya Diğer Tıbbi Durumlar	
Psikiyatrik Geçmiş (Önceki tedaviler, tanılar, ilaç kullanımı, doz değişiklikleri)	
Psikiyatrist /Psikologla görüşme sizin için nasıldı, nasıl geçti?	

5. Ruhsal/Mental Durum Deęerlendirmesi (MentalStatusExamination)

Genel tablo	
Dış Görünüm	
Ruh Hali	() Mutlu () Üzgün () Öforik () Gergin () Kızgın () Asabi
Tavırları	
Duygu Durumu	
Konuşma biçimi	() Net () Net değil
Motor Aktivite	() Kötü () Orta () İyi
Oryantasyon	() Kötü () Orta () İyi
Üst Düzey Beceriler	
Muhakeme	
İçgörü	
Kavrayış	
Düşünce Biçimi/İçeriği	
Düşünce Süreçleri	
Sanrılar	
Halüsinasyonlar	

6. Güçlü/ Zayıf Yönler

Güçlü Yönler	
Zayıf Yönler	

7. Tedavi Planı ve Beklentiler

Danışanın Beklentisi	
Davranışsal Tanım	
Uzun Vadeli Hedefler	
Kısa Vadeli Amaçlar/ Tedavi Müdahaleleri	

8. Ölçümler ve Değerlendirme Araçları

Kullanılan Ölçekler	
---------------------	--