

Terapeuta:

.....

.....

Telefon:

E-Mail:

Nazwisko, Imię:

Data:

Proszę o wypełnienie poniższego formularza. Im dokładniej odpowie Pan na pytania, tym lepiej terapeuta będzie mógł dostosować leczenie dla Pana. Najpierw zapytamy o historię życia, następnie o aktualną sytuację osobistą i ogólne warunki w jakich Pan funkcjonuje. Do tych odpowiedzi terapeuta nawiąże na sesji, dlatego nie muszą być bardzo obszerne, wystarczą punkty, hasła. Prosimy jednak o odpowiedzenie na wszystkie pytania. Prosimy również, by odpowiadał Pan samodzielnie, bez pomocy bliskich. Jeśli nie chce Pan odpowiedzieć na jakieś pytanie, proszę nie odpowiadać.

W razie jakichkolwiek wątpliwości pozostaję do dyspozycji..

Adres:

.....

.....

Telefon:

E-Mail:

data urodzenia: miejsce urodzenia:

Wzrost: Waga:

Proszę opisać swoje najważniejsze aktualne problemy/ objawy:

.....

.....

.....

.....

Proszę opisać, kiedy pojawiły się te problemy/objawy i jak się rozwijały:

Proszę ocenić jak bardzo obciążające są te problemy/objawy:

trochę obciążające	dosyć obciążające	bardzo obciążające	ekstremalnie obciążające
1	2	3	4

Na jakie obszary życia wpływają te problemy/objawy:

Kiedy i jak często pojawiają się te problemy/objawy:

Czy były takie momenty/sytuacje, kiedy problemy/objawy się nie pojawiały, lub pojawiały się rzadko?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy był pan albo jest leczony przez lekarza/ psychiatrę/ psychoterapeutę z powodu tych objawów/problemów?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy bierze pan leki? Jakie? W jakich dawkach?

.....

.....

.....

.....

Czy pije pan alkohol? Tak Nie

Ile średnio wypija pan alkoholu tygodniowo:

.....

Czy pali pan papierosy? Tak Nie

Jeśli tak, to ile wypala pan papierosów dziennie:

Czy bierze pan narkotyki? Tak Nie

Jeśli tak, to jakie i ile i jak często?

.....

.....

.....

Czy ma pan wpływ na siłę/ czas trwania swoich problemów/objawów? Co dotychczas próbował pan robić, żeby sobie z nimi poradzić?

.....

.....

.....

.....

Jakie wyjaśnienie ma pan dla swoich problemów/objawów?

.....

.....

.....

.....

.....

Gdyby problemy/objawy zniknęły, co zmieniłoby się w pana życiu?

.....

.....

.....

.....

Czy zna pan kogoś, kto ma podobne problemy/objawy?

.....

.....

Jakie są pana trzy największe lęki (czego się pan najbardziej boi):

- (1)
- (2)
- (3)

Jakie są pana trzy największe marzenia, życzenia:

- (1)
- (2)
- (3)

Skąd dowiedział się pan o Gabinetem Emocje:

.....

.....

Jak wysoka jest pana motywacja do leczenia/ terapii ?

Gdyby trzeba było poradziłbym sobie bez terapii	średnia	duża	bardzo duża
1	2	3	4

Co w swoim aktualnym zachowaniu chciałby pan zmienić?

.....

.....

.....

Jakie ma pan oczekiwania wobec terapii, terapeuty ?

.....

.....

.....

Co nie powinno w żadnym razie wydarzyć się w terapii, (na przykład, czego nie powinien robić terapeuta):

.....

.....

.....

.....

Pana zdaniem, co charakteryzuje dobrą relację pomiędzy pacjentem a terapeutą ?

Proszę sformułować zlecenie leczenia. Co chce pan osiągnąć ? (Proszę tak konkretnie, jak tylko to możliwe)

Proszę opisać (hasłowo) »typowy« dzień:

przedpołudnie:

popołudnie:

wieczór:

Jakie było pana dzieciństwo? szczęśliwe, czy nieszczęśliwe?

Czy już w dzieciństwie można było zauważyć jakieś typowe dla pana zachowania?

Czy szybko kończy pan przyjaźnie?

Jakie miał pan kontakty z innymi rówieśnikami w szkole?

Jakie było pana zdrowie w dzieciństwie i młodości?

Proszę opisać wszelkie poważne choroby, wypadki, pobyty w szpitalu, które się panu wydarzyły w ciągu życia:

Jakim był pan dzieckiem, pana zdaniem, patrząc wstecz?

Proszę opisać, jak widzi się pan jako młodą osobę (patrzac wstecz):

pozytywy:.....
.....

Negatywy:.....
.....

Proszę opisać jak widzi się pan dzisiaj, jako osobę dorosłą:

pozytywy:.....
.....

Negatywy:.....
.....

Z kim spędza pan swój czas wolny (proszę oznaczyć krzyżykiem)

	dużo	mało
samotnie	-----	
z partnerem	-----	
z krewnymi	-----	
z przyjaciółmi	-----	
ze wspólnymi przyjaciółmi moimi i mojego partnera	-----	

Czy są cele zawodowe albo osobiste, które chce pan osiągnąć ?

.....
.....
.....
.....
.....

Z kim pan aktualnie mieszka?

.....

.....

sytuacja rodzinna:

- singiel
 samotny
 zaręczony
 żonaty ponownie żonaty wdowiec rozwiedziony w separacji
 mieszkam z partnerem związek bez zamieszkania luźny związek

inne:

.....

.....

.....

.....

Ile ma pan dzieci, proszę wpisać w kolejności urodzenia, jeśli z innego związku proszę to napisać.

(1) Imię: _____ Wiek: _____

(2) Imię: _____ Wiek: _____

(3) Imię: _____ Wiek: _____

Informacje na temat rodziny pochodzenia:

	Matka		Ojciec
Imię:	Imię:
Wiek:	Wiek:
Zawód:	Zawód:
Zdrowie:	Zdrowie:
jeśli nie żyje;		jeśli nie żyje;	
Przyczyna:	Przyczyna:
W jakim wieku był pan w tym czasie?	W jakim wieku był pan w tym czasie?

Czy rodzice się rozwiedli, czy mieszkali razem? Czy byli zgodnym małżeństwem?

.....

.....

Gdzie się pan wychowywał, czy przeprowadzał się pan ? Proszę wynotować chronologicznie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W dzieciństwie i młodości, jak odbierał pan swoją matkę?

.....

.....

.....

.....

.....

W dzieciństwie i młodości, jak odbierał pan swojego ojca?

.....

.....

.....

.....

Jaką ma pan aktualnie relacje z rodzicami ?

z matką:

.....

z ojcem:

.....

Jeśli ma pan rodzeństwo proszę wymienić i opisać relacje z nimi, proszę również zaznaczyć, jeśli jest to brat/siostra przyrodni:

(1) Imię: Wiek: przyrodni/a?:

relacja kiedyś:

relacja dzisiaj:

(2) Imię: Wiek: przyrodni/a?:

relacja kiedyś:

relacja dzisiaj:

(3) Imię: Wiek: przyrodni/a?:

relacja kiedyś:

relacja dzisiaj:

W dzieciństwie i młodości, jak odbierał pan swoją rodzinę?

Proszę opisać, jaki styl wychowawczy panował w pana rodzinie:

Jakie ważne dla terapii wydarzenia przeżył pan w dzieciństwie i młodości?

Na ile czuł się pan związany ze swoją religijną społecznością w tamtym czasie?

wcale

1

2

3

4

5

6

7

bardzo

8

Czy czuł pan poczucie bezpieczeństwa w swojej rodzinie?

Jaki był związek pana rodziców?

Czy ma pan macochę, ojczyma? ile miał pan lat, kiedy rodzic się związał ponownie?

Czy w rodzinie ktoś poważnie choruje, czy występują choroby psychiczne, zaburzenia, problemy?

jeśli jest jeszcze coś, co może być ważne dla terapii, proszę to tutaj opisać:

Jeśli korzystał już pan z terapii i nie ukończył jej, proszę napisać dlaczego? co poszło nie tak? czy terapeuta popełnił błąd?

Czy został pan uświadomiony seksualnie w domu? Czy te tematy były traktowane, jako tabu?

Z kim i w jakim wieku miał pan swój pierwszy kontakt seksualny?

.....
.....

Czy potrafi się pan cieszyć swoją seksualnością? (proszę zaznaczyć na linii krzyżykiem)

przeważnie tak

przeważnie nie

Czy w pana życiu są/były nieprzyjemne seksualne wydarzenia? Czy seksualność jest jakkolwiek powiązana z poczuciem winy lub lękiem (również masturbacja).

.....
.....
.....
.....

Proszę opisać wszelkie dawne związki romantyczne, które są dla pana ważne:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Jeśli aktualnie nie jest pan w związku proszę zaznaczyć krzyżyk i przejść do pytań dotyczących szkoły:

Pytania dotyczące aktualnego partnera:

Wiek: Imię: Zawód/ Zajęcie

Jak długo trwa związek? Miesiące:.....

Co jest pozytywnego a co negatywnego w tym związku?

Pozytywy:.....

.....

.....

Negatywy:.....

.....

.....

Czy partner wie o pana problemach?

Jeśli tak, jak się do nich odnosi?

.....

.....

.....

Szkoła

Wiek przy rozpoczęciu szkoły:

Wiek przy ukończeniu szkoły:

Jaką szkołę pan ukończył?

Jakie były pana mocne strony
jeśli chodzi o szkołę?

Gdzie były pana słabości,
jeśli chodzi o szkołę?

Wiek przy rozpoczęciu pracy:

Proszę opisać czym się pan zajmuje, jakie ma pan wykształcenie, umiejętności:

.....

.....

Czy jest pan zadowolony ze swojej pracy?

Czy jest tam coś stresującego?

Jeśli nie jest pan zadowolony, to proszę opisać:

.....

.....

.....

.....

.....

Czy ma pan problemy finansowe (długi) ?

.....

.....

Historia Życia

Proszę wpisać w tej tabeli najważniejsze wydarzenia z życia (hasłowo). Na przykład: narodziny najmłodszej siostry ..., przeprowadzka do miasta ..., rozstanie z przyjacielem ..., zmiana pracy, choroba, śmierć bliskiej osoby...

	Wiek	Wydarzenie
Dzieciństwo do rozpoczęcia szkoły		
Szkoła podstawowa		
Okres dojrzewania (10- 16 r.ż)		

	Wiek	Wydarzenie
16.-25. Rok Życia		
Dorosłość		