* Başvurunuz ve bu formda doldurmuş olduğunuz tüm bilgiler gizlidir; PDB ekibi dışında kimseyle paylaşılmaz.
* Başvurunuz mümkün olan en yakın zamanda bir psikolojik danışmana yönlendirilir ve randevu için size ulaşılır. Yoğun dönemlerde randevu süreci 2-4 hafta sürebilir.
* Acil durumlarda aranmayı beklemeden mesai saatleri içinde PDB ofisine gelmeniz, mesai saatleri dışında en yakın sağlık kuruluşuna ulaşmanız önerilir.
* İlk randevunuza haber vermeden gelmediğiniz takdirde PDB’nden yardım almaktan vazgeçtiğiniz düşünülür. Bu durumda, istiyorsanız birime ulaşarak başvurunuzu aktif hale getirmek sizin sorumluluğunuzdadır.

**Hangi gün ve saatlerde görüşmek sizin için uygun olur?**

*(Lütfen mümkün olan tüm saatlerinizi yazın.)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pazartesi** | **Salı** | **Çarşamba** | | **Perşembe** | **Cuma** |
|  |  | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ad-Soyad:** | | | **Başvuru tarihi:** | |
| **Tel numaraları:** | | | **e-posta:** | |
| **Cinsiyet:** | **Doğum Tarihi:** | | | **Doğum Yeri:** |
| **Kadro:** ⬜ Akademik ⬜ İdari ⬜ Destek | | **Çalışma Şekli:** ⬜ Tam zamanlı ⬜ Yarı zamanlı ⬜ Sözleşmeli | | |
| **Birim / Bölüm:** | | | | |
| **Medeni Durum:** ⬜Bekar ⬜Evli ⬜Boşanmış ⬜Diğer | | | | |
| **Nerede/kiminle yaşıyorsunuz?** ⬜Eş/Aile ⬜Arkadaş/Sevgili ⬜Yalnız ⬜Diğer | | | | |
| **Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı?**  ⬜Hayır⬜Evet ***Evet ise*,**  Hangi yıl / Ne kadar süre?  Daha önce bir psikiyatrik ilaç kullandınız mı? Evet ise, lütfen ilacın/ilaçların adını ve dozunu belirtin.  ⬜ Hayır ⬜ Evet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Halen kullandığınız bir psikiyatrik ilaç var mı? Evet ise, lütfen ilacın/ilaçların adını ve dozunu belirtin.  ⬜ Hayır ⬜ Evet \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| **PDB’ne başvurma nedeniniz (Lütfen şikayetlerinizi kısaca belirtin):**  **Bu şikayetleriniz ne zamandır devam ediyor?**  ⬜ Son 1 aydır ⬜ 1-6 aydır ⬜ 6 ay-1 yıldır ⬜ 1-5 yıldır ⬜ 5 yıldan fazla  **Bu sıkıntılar gündelik yaşamınızı ne kadar etkiliyor?**  ⬜ 1 (Hiç) ⬜ 2 (Az) ⬜ 3 (Orta düzeyde) ⬜ 4 (Fazla) ⬜ 5 (Çok fazla)  **Bu sıkıntılarla ilgili aile ve/veya sosyal çevrenizden ne kadar destek alabiliyorsunuz?**  ⬜ 1 (Hiç) ⬜ 2 (Az) ⬜ 3 (Orta düzeyde) ⬜ 4 (Fazla) ⬜ 5 (Çok fazla) | | | | |
| **PDB’ne başvurmaya nasıl karar verdiniz?**  ⬜ Hoca/asistan yönlendirmesi ⬜ İdari personel yönlendirmesi  ⬜ Arkadaş önerisi ⬜ Aile önerisi ⬜ Okul dışı bir uzmanın önerisi ⬜ Kendi kararım | | | | |
| **Psikolojik yardım türü tercihiniz:** ⬜ Rehberlik / danışmanlık ⬜ psikoterapi ⬜ Diğer | | | | |