1. PDR Ofisine başvurunuz ve aşağıdaki randevu formunda dolduracağınız tüm bilgiler gizlidir; PDR Ofisi çalışanları dışında kimseyle paylaşılmaz.
2. Randevu formunu eksiksiz doldurmanız, psikolojik danışmanlık sürecinin sağlıklı ilerlemesi için önemlidir.
3. Randevu formunu dilerseniz PDR ofisine elden teslim edebilir, ya da pdr@kavram.edu.tr mail adresine gönderebilirsiniz.
4. Başvurunuz elimize ulaştıktan sonra mümkün olan en yakın zamanda bir psikolojik danışmana yönlendirilir ve randevu için size ulaşılır.
5. Acil durumlarda aranmayı beklemeden mesai saatleri içinde PDR ofisine gelmeniz, mesai saatleri dışında en yakın sağlık kuruluşuna ulaşmanız önerilir.
6. Formun sonunda uygun olduğunuz gün ve saatlerin sorulduğu kısma mümkün olan en fazla zamanı belirtmek randevu sürecinizi hızlandırır.
7. Görüşmelerin sıklığı ve süresine sizin ihtiyaç ve beklentinize, başvurduğunuz döneme ve ofisin uygunluğuna göre karar verilir. PDR’nin hizmet alanının ya da çalışma koşullarının dışında kalan ve/veya uzun dönemli psikolojik yardım ihtiyaçları için güvenilir yardım kaynaklarına yönlendirme yapılır.
8. İlk randevunuza haber vermeden gelmediğiniz takdirde PDR’den yardım almaktan vazgeçtiğiniz düşünülür. Bu durumda, istiyorsanız ofise ulaşarak başvurunuzu aktif hale getirmek sizin sorumluluğunuzdadır.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Ad-Soyad** |  | **Başvuru Tarihi** |  |
| **Tel** |  | **E-posta** |  |
| **Cinsiyet**  | Kadın [ ]  | Erkek [ ]  | **Doğum Tarihi / Yeri** |  |
| **Bölüm** |  |  **Giriş Yılı** |  |
| **Sınıfı** | Hazırlık [ ]  | 1. [ ]  | 2. [ ]  |
| **Öğrenim Şekliniz**  | Tam Burslu [ ]     | Kısmi Burslu [ ]  | Burssuz [ ]   |
| **Kiminle Yaşıyorsunuz**  | Aile [ ]  | Arkadaş/Sevgili [ ]  | Yalnız [ ]  | Yurt[ ]  | Diğer [ ]  |
| **Daha önce psikolojik/psikiyatrik yardım aldınız mı?** |
| [ ]  Hayır | [ ]  Evet, PDR ofisinden | [ ]  Evet, PDR ofisi dışından | [ ]  Evet, hem PDR Ofisinden hem PDR Ofisi dışından |
| **Evet ise,** |
| Kiminle / kimlerle görüştünüz |  |
| 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 …………………………………………… |
| **Son bir aydır uyku düzeniniz nasıl?**8 saat ve üzeri 5-7 saat3-4 saat1-2 saatuyuyamıyorum |
| **Alkol/ Sigara kullanıyor musunuz? Kullanıyorsanız ne sıklıkla (Lütfen belirtiniz)** |
| **PDR Ofisine başvurma nedeniniz (Lütfen şikâyetlerinizi kısaca belirtiniz)** |
| **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/Çok az) | [ ]  2 (Az) | [ ]  3(Orta düzeyde) | [ ]  4 (Fazla) | [ ]  5 (Çok fazla) |
| **Bu sıkıntılarla ilgili aile ve/veya sosyal çevrenizden ne kadar destek alabiliyorsunuz?** |
| [ ]  1(Hiç/Çok az) | [ ]  2 (Az) | [ ]  3(Orta düzeyde) | [ ]  4 (Fazla) | [ ]  5 (Çok fazla) |
| **PDR Ofisine başvurmaya nasıl karar verdiniz?**  |
| [ ]  Arkadaş önerisi  | [ ]  Aile önerisi  | [ ]  Revir yönlendirmesi  | [ ]  Kendi kararım |
| [ ]  İdari personel yönlendirmesi  | [ ]  Okul dışı bir uzmanın önerisi  | [ ]  Hoca/asistan yönlendirmesi |
| **Lüften beklentinizi kısaca belirtin:** |
| **Saatlerde görüşmek sizin için uygun olur?**  |
| **13:00 14:00** [ ]  | **14:00-15:00** [ ]  | **15:00-16:00** [ ]  | **16:00:17:00** [ ]  | **17:00-18:00** [ ]  |

 **(BU BÖLÜM PDR OFİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)**

**Başvuruyu Alan:**

**Yönlendirilen Danışman:**

**Yönlendirme Tarihi:**

**Notlar:**