



ÖN GÖRÜŞME FORMU



...../...../20..

AD – SOYAD:.....
BÖLÜM SINIF:.....
TEL. NO (GSM):.....
YAŞ:.....

1) Şu anda nerede kalıyorsunuz?

- () Ailemin yanında kalıyorum.
() Yurttta kalıyorum.
() Evde kalıyorum (tek başıma, arkadaşlarla, bir tanıdığın yanında vb.).

2) Eğer ailenizin yanında kalmıyorsanız hangi şehirden geldiniz?

.....

3) Ailenizin kaç çocuğu var (siz dahil)?

.....

4) Üniversitedeki eğitiminiz;

- () Normal Öğretim () İkinci Öğretim

5) Annem; () Hayatta Babam; () Hayatta
() Öldü () Öldü

6) Annem ve babam; () Beraberler
() Boşandılar
() Aynı yaşıyorlar

7) Daha önce hiç psikologa ya da psikiyatriste gittiniz mi?

- () Evet () Hayır

8) Aileniz ve akrabalarınız arasında daha önce psikologa ya da psikiyatriste giden oldu mu?

- () Evet () Hayır

9) Fiziksel/kronik bir hastalığınız var mı?

- () Evet () Hayır

10) Ailenizde fiziksel/kronik bir hastalığı olan var mı?

- () Evet () Hayır

11) Kullandığınız bir ilaç var mı?

- () Evet () Hayır

12) Şu an herhangi bir işte çalışıyor musunuz?

- () Evet () Hayır

13) Aşağıdaki maddelerden daha önce veya şu anda kullanmış olduklarınızı işaretleyin.

- () Sigara () Alkol
() Uyuşturucu madde () Hiçbirini kullanmadım/kullanmıyorum.