Ankieta wstępna kwalifikacyjna (wypełnia pacjent nie rodzina)

Imię …………………………………… Nazwisko ……………………………………………… PESEL ……………………………….….

Data urodzenia ………………………………….. Wiek …………………………………… Płeć M K

Adres zamieszkania ……………………………………………………………………… Miasto ……………………………………….

Kod pocztowy ……………………………………. Województwo ……………………………………………………..

Nr kontaktowy stacjonarny …………………………………………………… komórkowy ………………………………………..

Adres e-mail …………………………………………….., Adres e-mail rodziców ……………………………………………………

Waga aktualna …..………… Wzrost …………….…. BMI ……….……….

Najniższa waga w trakcie choroby ………………… kiedy to było ……………………………..

Data pierwszej diagnostyki/kto ją zdiagnozował?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Nazwa choroby i jakie są objawy (aktualnie), co w chorobie najbardziej przeszkadza:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Inne problemy zdrowotne lub psychiczne (w tym uzależnienia):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dlaczego Pan/Pani chce się leczyć?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy są przyjmowane leki, jeśli tak to jak długo i w jakiej dawce? Czy były przyjmowane leki w przeszłości, dlaczego zostały odstawione?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy są odczuwalne zmiany po lekach, jeśli tak to jakie objawy się zmniejszyły?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Czy były pobyty w szpitalach? TAK NIE

Nazwy szpitali, daty i długość pobytu

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy jest Pan/Pani aktualnie w procesie psychoterapii? Od jak dawna i z jaką częstotliwością odbywają się spotkania?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jeśli nie, to czy podejmowane były próby psychoterapii w przeszłości?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy jest Pan/Pani w leczeniu psychiatrycznym, od jak dawna i z jaką częstotliwością?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jeśli nie, to czy były podejmowane próby leczenia psychiatrycznego w przeszłości?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy był/była Pan/Pani wcześniej w podobnym ośrodku? Jeśli tak to w jakim?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Kto znalazł informację o Naszej Placówce? Czego Pan/Pani oczekuje po pobycie w Ośrodku?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jak Pan/Pani ocenia swoją motywację do leczenia? (w skali od 1 do 10, gdzie 1 – oznacza brak motywacji)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Na ile Pan/Pani ocenia swoją chorobę – w skali od 0 do 10 (gdzie 0 oznacza, że nie jesteś chory/chora a 10 oznacza, że choroba przejęła całkowitą kontrolę nad Twoim życiem według Twojej subiektywnej oceny)?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jakie są skutki Pana/Pani choroby?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jak wygląda Pana/Pani życie w chorobie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Jak wyglądałoby Pana/Pani życie bez choroby?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy jeśli tak, to jakie świadome korzyści czerpie Pan/Pani z choroby?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Czy Pani miesiączkuje, czy są stosowane leki hormonalne na wywołani miesiączki, jeśli nie to czy były kiedykolwiek próby prowokacji miesiączki?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb organizacji turnusu terapeutycznego przez Soteria Anamija Sp. z o.o. w ośrodku terapeutycznym Soteria AnaMija (zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych: Dz.U.z2018r.,poz.1000 ze zm. Oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO))

 ……………………………………………..

 Podpis zgłaszającego

Prosimy o zwrócenie ankiety drogą elektroniczną.