



### KWESTIONARIUSZ WYWIADU DOTYCZĄCY OSOBY DOROSŁEJ

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Imię i nazwisko:                  |  |
| Data urodzenia:                   |  |
| Płeć/Tożsamość seksualna:         |  |
| Stan cywilny:                     |  |
| Wykształcenie:                    |  |
| Data wypełnienia kwestionariusza: |  |

1. Jaki jest bezpośredni powód zgłoszenia się na konsultację? Prosimy o opisanie najważniejszych objawów / problemów: od kiedy się zaczęły, jak zmieniały się w czasie, jak często występują? Co ma negatywny wpływ na funkcjonowanie?

2. W jaki sposób problemy / objawy wpływają na Pana/ią:

|  |  |
|--|--|
| funkcjonowanie w pracy/na uczelni:                             |  |
| relacje z domownikami:   |  |
| relacje z rodzeństwem/<br>przyjaciółmi/bliskimi:               |  |
| relacje z otoczeniem<br>(przełożeni, autorytety,<br>sąsiedzi): |  |

3. Aktualna sytuacja życiowa (praca, finanse, zdrowie, edukacja, rozwój, stosunki rodzinne, bliskie osoby)?

|  |
|--|
|  |
|--|



4. Jakie są Państwa oczekiwania po tym spotkaniu (spotkaniach)?

5. Czy wcześniej szukaliście Państwo pomocy – np. neurologicznej, psychiatrycznej, psychologicznej? Czy dziecko uczęszczało na terapię /wpisujemy każdą formę/?

| Rok, specjalista | Powód wizyty, diagnoza | Leczenie, terapia | Jakie efekty przyniosło leczenie? |
|------------------|------------------------|-------------------|-----------------------------------|
|                  |                        |                   |                                   |
|                  |                        |                   |                                   |
|                  |                        |                   |                                   |
|                  |                        |                   |                                   |
|                  |                        |                   |                                   |



6. Czy kiedykolwiek przyjmował Pan/Pani leki zapisywane przez lekarza -neurologa lub psychiatrę? Jeśli tak, prosimy o dokładne podanie danych.

| Nazwa leku | Okres podawania | Powód leczenia | Efekt leczenia |
|------------|-----------------|----------------|----------------|
|            |                 |                |                |
|            |                 |                |                |
|            |                 |                |                |

7. Czy na stałe przyjmuje Pan/Pani jakieś leki?

| Nazwa leku | Od kiedy | Powód leczenia | Efekt leczenia |
|------------|----------|----------------|----------------|
|            |          |                |                |
|            |          |                |                |
|            |          |                |                |

8. Wcześniejsze konsultacje:

|  |      |     |
|--|------|-----|
| Czy przebywał/a Pan/i na oddziale psychiatrycznym?                 | Tak* | Nie |
| Czy przebywał/a Pan/i na oddziale neurologicznym?                  | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek miało miejsce badanie lub konsultacja genetyczna? | Tak* | Nie |
| Czy kiedykolwiek wykonywane były badania metaboliczne?             | Tak* | Nie |
| Czy posiada Pan/i orzeczenie o niepełnosprawności?                 | Tak* | Nie |

\* jeśli „tak” poprosimy o dołączenie kopii kart wypisowych lub opisów wyników



**9. Informacje na temat autorozwoju:**

|                        |            |   |
|------------------------|------------|---|
| Przebieg ciąży:        | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy:   |
| Użytki w czasie ciąży: |            | Czy w czasie ciąży mama paliła papierosy, piła alkohol lub brała narkotyki? Prosimy o szczegółowe informacje: |
| Poród:<br>Skala Apgar  | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy:   |
| Rozwój ruchowy:        | Prawidłowy | Nie, pojawiły się następujące problemy:   |
| Rozwój mowy:           | Prawidłowy | Opóźniony W jakim wieku pojawiły się pierwsze słowa, mowa?  |

**10. Okres przedszkolny (ważne wydarzenia):**

11. Okres szkolny (ważne wydarzenia):

12. Późniejsze okresy rozwojowe (ważne wydarzenia):

13. Kontakty z płcią przeciwną:



14. Czy kiedykolwiek obserwował Pan/i u siebie następujące problemy:

|  |     |      |
|--|-----|------|
| Lęk przed zostawaniem bez rodziców (po 6 r.ż.) | Nie | Tak: |
| Lęk przed chodzeniem do szkoły:                | Nie | Tak: |
| Inne problemy lękowe:                          | Nie | Tak: |
| Depresja:                                      | Nie | Tak: |
| Myśli bądź próby samobójcze:                   | Nie | Tak: |
| Tiki:  | Nie | Tak: |
| Natęctwa:                                      | Nie | Tak: |
| Papierosy:                                     | Nie | Tak: |
| Alkohol:                                       | Nie | Tak: |
| Narkotyki:                                     | Nie | Tak: |
| Dopalacze:                                     | Nie | Tak: |



15. Czy miał Pan/i problemy z prawem?

16. Jakie ma Pan/i zainteresowania, cele życiowe?

17. Jaki ma Pan/i obraz siebie, samoocenę, czy są kompleksy?

18. Jakie są Pana/i najważniejsze wartości życiowe:





19. Jaki ma Pan/i stosunek do religii/wiary? Jak ważna jest dla Pana/i duchowość?

20. Jakie są Pana/i sukcesy życiowe, porażki:

21. Inne informacje (choroby w rodzinie - w tym psychiczne, psychosomatyczne, osoby znaczące):