

NÉV:

DÁTUM:

SZÜLETÉSI IDŐ:

KITÖLTŐ:

LAKCÍM:

TELEFONSZÁM:

LEGKÖZELEBBI HOZZÁTARTOZÓ:

HÁZIORVOS:

### 1. FŐ PANASZOK

Kérem, részletezze azokat a panaszait, melyek miatt hozzánk fordult!

### 2. KORÁBBI PSZICHIÁTRIAI VAGY PSZICHOLOGIAI KEZELÉSEK

Kérem, írja le, mikor, milyen időtartamban és hol részesült korábban kezelésben, ide értve a fekvő és járóbeteg ellátást, gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelést is! Hol, milyen intézményben, milyen kezelés történt?

### 3. TESTI BETEGSÉGEK

Kérem, írja le, milyen műtétek történtek Önnél, volt-e, van-e jelentősebb testi betegsége, mely kórházi kezelést vagy folyamatos gyógyszeres kezelést igényel(t)!

### 4. GYÓGYSZEREK

Kérem írja le azokat a gyógyszereket, melyeket rendszeresen vagy alkalmanként fogyaszt, adagolással együtt!

### 5. GYÓGYSZERÉRZÉKENYSÉG, ALLERGIA:

6. ÉLVEZETI SZEREK (jelenlegi vagy korábbi, alkalmi vagy rendszeres fogyasztás, milyen napi adagban?):  
ALKOHOL:

DOHÁNYZÁS

DROGHASZNÁLAT

7. CSALÁDBAN ELŐFORDULT-E PSZICHIÁTRIAI BETEGSÉG

Kérem, írja le, közeli rokonai közül szenvedett-e valaki pszichotikus betegségben, hangulatzavarban, szenvedélybetegségben, volt-e gyengeelméjű, történt-e öngyilkosság?

8. CSALÁDI ÁLLAPOT:

9. ISKOLAI VÉGZETTSÉG:

Kérem sorolja fel valamennyi végzettségét!

10. FOGLALKOZÁS:

Most és korábban, milyen foglalkozása volt, milyen munkakörökben dolgozott, mikor, mennyi ideig?

Köszönjük, hogy a kérdőív kitöltésével segítette munkánkat!

A Pszichiátriai Gondozó munkatársai