

PRIJAVNICA ZA TERAPEVTSKO SKUPINO ZA OKM

Ime in priimek _____

starost _____

Naslov bivanja _____

Kontaktne podatke (telefon, mail) _____

Vaš status (zaposlen, nezaposlen, upokojenec, študent, dijak) _____

Ste vključeni v individualno psihoterapijo? (Od kdaj?) _____

Obkrožite DA / NE

Ste v psihiatrični obravnavi (pregledi, terapija)? (Od kdaj?) _____

Obkrožite DA / NE

Diagnoza ki vam jo je postavil vaš osebni zdravnik/psihiater. _____

Opis vaše diagnoze/simptomov in težave (na psihičnem, telesnem področju), ki bi jih radi rešili na skupini. _____

V kakšnih okoliščinah so se vam pojavili/pojavljajo simptomi, težave? _____

Kdaj prihaja do izboljšanj/poslabšanj? _____

Kako vplivajo vaše težave na vsakdanje življenje? Kaj je za vas sedaj najbolj moteče, neprijetno? _____

Kako si sami razlagate vaše težave? Kaj bi želeli pri sebi spremeniti? _____

Psihoterapevtska ambulanta Fakultete za psihoterapevtsko znanost Univerze Sigmunda Freuda v Ljubljani zagotavlja, da bomo vaše osebne podatke, ki ste nam jih posredovali, brezpogojno varovali in ravnali v skladu z Zakonom o varstvu osebnih podatkov Urd 94/2007.

Spodaj podpisani sprejemam in se zavedam, da je za uspeh skupine potrebno redno obiskovanje skupine in da mi to čas dopušča. Prav tako se zavedam, da terapevtska skupina ni enaka individualni psihoterapevtski obravnavi.

Podpis: _____