

„Život v rovnováze...“



PhDr. Lucie Bělohávková
KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPEUTKA

tel.: +420 776 713 118

www.kbt-belohlavkova.cz

email: lucie.belohlavkova@gmail.com

VSTUPNÍ DOTAZNÍK

Vyplňte, prosím, následující informace a odpovězte na níže uvedené otázky. Všechny uvedené informace jsou přísně důvěrné, slouží pouze k účelům terapie a nebudou zveřejněny bez Vašeho souhlasu. Pokud na některou otázku nebudete chtít odpovědět, prosím, přeškrtněte ji.

Ve své praxi se řídím Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů a nařízením (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů (obecné nařízení o ochraně osobních údajů – GDPR)

Vyplněný dotazník si přineste na první sezení.

Jméno a příjmení:

Jméno a příjmení zákonného zástupce (je-li klientem nezletilý/á):

Datum narození: věk:

Kontaktní adresa:

Telefon: email:

Kdo Vás doporučil?

Radil/a jste se již s někým o svých problémech? (např. s lékařem, psychologem, psychiatrem, sociální pracovnící...):

.....

Uveďte, prosím, svou výškucm a váhu.....kg

Užíváte v současné době nějakou medikaci? ANO NE

Pokud ANO, uveďte jakou, jaké množství, jak často:

.....



VŠEOBECNÉ ZDRAVOTNÍ INFORMACE

1. Jak byste zhodnotil/a svůj aktuální zdravotní stav?

- špatný neuspokojivý uspokojivý dobrý velmi dobrý

Uveďte, prosím, konkrétní zdravotní problémy, se kterými se v současné době potýkáte:

.....
.....

2. Jak byste zhodnotil/a svůj aktuální spánek (jeho kvalitu, schopnost usínat, ...)?

- špatný neuspokojivý uspokojivý dobrý velmi dobrý

Uveďte, prosím, všechny specifické problémy, se kterými se v současné době potýkáte:

.....
.....

3. Kolikrát týdně se věnujete nějaké sportovní či pohybové aktivitě?

Jakým pohybovým aktivitám se věnujete, jaký sport provozujete?

.....
.....

4. Máte nějaké potíže s jídlem (stravovací návyky, alergie, nevolnosti spojené s jídlem)? Uveďte, prosím, jaké:

.....
.....

5. Prožíváte v současné době smutek nebo deprese? A pokud ANO, jak dlouho to už trvá?

.....
.....

„Život v rovnováze...“



PhDr. Lucie Bělohlávková
KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPEUTKA

tel.: +420 776 713 118

www.kbt-belohlavkova.cz

email: lucie.belohlavkova@gmail.com

6. Prožíváte v současné době úzkost, záchvaty paniky nebo nějaké fobie? Pokud ANO, jaké a jak dlouho to už trvá?

.....
.....

7. Jaký druh alkoholu nejčastěji pijete? Jak často pijete alkohol a jaké množství vypijete za týden?

.....
.....

8. Užíváte nebo jste užíval/a v minulosti nějaké návykové látky? Jaké a jak často?

.....
.....

9. Jaké významné životní změny (pozitivní i negativní) nebo stresující události jste v poslední době zažil/a?

.....
.....



INFORMACE O RODINĚ

Máte v současné době nějaký partnerský vztah? ANO NE

Zaškrtněte Váš současný stav:

- | | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> svobodný/á | <input type="checkbox"/> nesezdané soužití | <input type="checkbox"/> ženatý/vdaná |
| <input type="checkbox"/> rozvedený/á | <input type="checkbox"/> ovdovělý/á | <input type="checkbox"/> opakovaně ženatý/vdaná |

Jak dlouho již tento vztah trvá a jak byste jej ohodnotil/a na škále 0 až 10 (0 = naprosto špatný vztah / 10 = naprosto skvělý vztah)

.....

Uveďte, prosím, počet dětí a jejich věk:

Nyní, prosím, uveďte informace o Vašich rodičích a sourozencích. V položce vztah, ohodnoťte vztah s danou osobou na škále 0 až 10, kde 0 = naprosto špatný vztah / 10 = naprosto skvělý vztah:

Matka: jméno: věk: povolání:

zdravotní stav:

charakterizujte stručně její povahu:

Otec: jméno: věk: povolání:

zdravotní stav:

charakterizujte stručně jeho povahu:

Sourozenci: (jméno, věk, vztah se sourozencem):

.....
.....
.....
.....



Následuje výčet různých zkušeností, onemocnění a událostí. Zakroužkujte, zda se ve Vaší rodině vyskytly nebo vyskytují a uveďte rodinného příslušníka, kterého se týkají :

	Prosím, zakroužkujte	Rodinný příslušník
Alkohol	ANO / NE	
Návykové látky (jaké?)	ANO / NE	
Úzkost	ANO / NE	
Deprese	ANO / NE	
Obsedantně-kompulzivní porucha	ANO / NE	
Domácí násilí	ANO / NE	
Poruchy příjmu potravy	ANO / NE	
Obezita	ANO / NE	
Schizofrenie	ANO / NE	
Sebevražda/pokus o sebevraždu	ANO / NE	

DALŠÍ INFORMACE

1. Pokud jste zaměstnán/a, jak dlouho již pracujete ve svém současném zaměstnání?.....

V jaké funkci?.....

Napište všechna svá předchozí zaměstnání a od kdy do kdy jste v nich setrval/a:

.....
.....

2. Co považujete za své silné stránky?

.....
.....

„Život v rovnováze...“



PhDr. Lucie Bělohávková
KOGNITIVNĚ-BEHAVIORÁLNÍ TERAPEUTKA

tel.: +420 776 713 118

www.kbt-belohlavkova.cz

email: lucie.belohlavkova@gmail.com

3. Co naopak považujete za své slabé stránky?

.....

.....

4. Čeho byste chtěl/a dosáhnout v terapii? Prosím, doplňte větu:

Na konci terapie bych chtěl/a

.....

.....

.....

.....

5. Napadá Vás ještě něco důležitého, co byste chtěl/a sdělit?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....