

### ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλείσθε να απαντήσετε στις παρακάτω ερωτήσεις.

Σημειώστε ότι οι πληροφορίες που δίνετε είναι εμπιστευτικές.

Παρακαλώ συμπληρώστε την παρακάτω φόρμα και φέρτε την μαζί σας στην πρώτη συνεδρία σας.

**Όνοματεπώνυμο** \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης: \_\_\_\_\_ Ηλικία: \_\_\_\_\_

Φύλο: Άνδρας  Γυναίκα  Εθνικότητα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_

T.K. \_\_\_\_\_ τηλ: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

**Όνοματεπώνυμο πλησιέστερου συγγενή:** \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_ Εθνικότητα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

TK.: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ τηλ: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση εργασίας \_\_\_\_\_ τηλ: \_\_\_\_\_

**Όνοματεπώνυμο συζύγου (αν χρειάζεται):** \_\_\_\_\_

Ηλικία: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα: \_\_\_\_\_ Εθνικότητα: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

ΤΚ.: \_\_\_\_\_ Πόλη: \_\_\_\_\_ τηλ: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση εργασίας \_\_\_\_\_

τηλ: \_\_\_\_\_

**Από που πληροφορηθήκατε για το ιατρείο**

- |                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| Γνωστό                             | <input type="checkbox"/> |
| Τηλεφωνικό οδηγό                   | <input type="checkbox"/> |
| Ιατρό άλλης ή συναφούς ειδικότητας | <input type="checkbox"/> |
| Ίντερνετ                           | <input type="checkbox"/> |
| Άλλον επαγγελματία                 | <input type="checkbox"/> |

**ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

**ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ**

Πως θα αξιολογούσατε την τρέχουσα σωματική σας υγεία; (παρακαλώ κυκλώστε)

Φτωχή      Μη ικανοποιητική      Ικανοποιητική      Καλή      Πολύ καλή

1. Παίρνετε κάποια φάρμακα;      ΝΑΙ       ΟΧΙ

Περιγράψτε \_\_\_\_\_

2. Έχετε πάρει ποτέ ψυχιατρικά φάρμακα;      ΝΑΙ       ΟΧΙ

Περιγράψτε αναλυτικά ποια φάρμακα και πότε τα πήρατε \_\_\_\_\_

3. Πως θα αξιολογούσατε τις τρέχουσες συνήθειες ύπνου σας;

Φτωχή      Μη ικανοποιητική      Ικανοποιητική      Καλή      Πολύ καλή

Αναφέρατε τα συγκεκριμένα προβλήματα ύπνου αν υπάρχουν

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Πόσες φορές την εβδομάδα γυμνάζεστε; \_\_\_\_\_

Σε τι είδους άσκηση συμμετέχετε; \_\_\_\_\_

**Δρ. Απόστολος Βούρδας *MRCPsych, CCST***

Παιδοψυχίατρος

Ομήρου 53 Νέα Σμύρνη, 17121, τηλ & φαξ: 210 9346168, [www.vourdas.com](http://www.vourdas.com)

---

5. Αναφέρατε τυχόν προβλήματα με την όρεξή σας ή με τις συνήθειες φαγητού

---

---

6. Αντιμετωπίζετε σήμερα θλίψη, πένθος ή κατάθλιψη;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι για πόσο καιρό; \_\_\_\_\_

7. Βιώνεται κρίσεις άγχους, πανικού, ή έχετε οποιοσδήποτε φοβίες;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι πότε ξεκινήσατε να το βιώνετε αυτό;

8. Αντιμετωπίζεται κάποιο χρόνιο πόνο;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι περιγράψτε \_\_\_\_\_

9. Πίνετε αλκοόλ παραπάνω από μια φορά την εβδομάδα;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

10. Πόσο συχνά χρησιμοποιείται ναρκωτικά για διασκέδαση;  
(παρακαλώ κυκλώστε)

Κάθε μέρα   Μια φορά την εβδομάδα   Μια φορά το μήνα   Σπάνια   Ποτέ

**Δρ. Απόστολος Βούρδας *MRCPsych, CCST***

Παιδοψυχίατρος

Ομήρου 53 Νέα Σμύρνη, 17121, τηλ & φαξ: 210 9346168, [www.vourdas.com](http://www.vourdas.com)

---

11. Είστε σήμερα σε σχέση;

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι πόσο διάστημα; \_\_\_\_\_

12. Με κλίμακα από το 1 έως το 10 με πόσο θα βαθμολογούσατε την ικανοποίηση που αντλείτε από τη σχέση σας; (1 καθόλου, 10 πάρα πολύ) \_\_\_\_\_

13. Έχετε βιώσει πρόσφατα κάποιες σημαντικές αλλαγές στη ζωή ή στρεσογόνα γεγονότα .

ΝΑΙ  ΟΧΙ

Αν ναι ποια; \_\_\_\_\_

**ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Στην παρακάτω ενότητα, σημειώστε αν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό για οποιοδήποτε από τα ακόλουθα. Εάν ναι, παρακαλείστε να αναφέρετε τη σχέση του μέλους της οικογένειάς σας στο χώρο που παρέχεται (πατέρας, γιαγιά, θείος, κλπ).

|                                       | <b>ΝΑΙ</b> | <b>ΟΧΙ</b> | <b>Μέλος οικογένειας</b> |
|---------------------------------------|------------|------------|--------------------------|
| <b>Αλκοόλ/Κατάχρηση ουσιών</b>        |            |            |                          |
| <b>Άγχος</b>                          |            |            |                          |
| <b>Κατάθλιψη</b>                      |            |            |                          |
| <b>Ενδοοικογενειακή βία</b>           |            |            |                          |
| <b>Διατροφικές διαταραχές</b>         |            |            |                          |
| <b>Παχυσαρκία</b>                     |            |            |                          |
| <b>Ιδεοψυχαναγκαστική συμπεριφορά</b> |            |            |                          |
| <b>Σχιζοφρένεια</b>                   |            |            |                          |
| <b>Απόπειρα αυτοκτονίας</b>           |            |            |                          |

**Δρ. Απόστολος Βούρδας *MRCPsych, CCST***

Παιδοψυχίατρος

Ομήρου 53 Νέα Σμύρνη, 17121, τηλ & φαξ: 210 9346168, [www.vourdas.com](http://www.vourdas.com)

---

**ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ**

Εργάζεστε;            ΝΑΙ                        ΟΧΙ           

Αν ναι, πού εργάζεστε;

---

Σας αρέσει η δουλειά σας; Υπάρχει κάτι στρεσογόνο στην σημερινή σας εργασία;

---

Θεωρείτε τον εαυτό σας θρησκευόμενο;    ΝΑΙ                        ΟΧΙ           

Αν ναι, περιγράψτε τις πεποιθήσεις σας, ή τα πιστεύω σας.

---

---

Ποια θεωρείτε ότι είναι τα δυνατά σας σημεία;

---

---

Ποια θεωρείτε ότι είναι τα αδύνατα σημεία σας;

---

---

Τι θα θέλατε να ολοκληρώσετε μέσα από την επίσκεψη σας στο ιατρείο;

---

(Σελ. 7 από 7)