

	<b>ÇEVRE HASTANESİ</b> <b>PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU</b>		Dokuman No	HAP.FR.31
			Yayın Tarihi	01.12.2017
			Rev. No	00
			Rev.Tarihi	
			Sayfa No	1/1
Ad Soyad				
Yaşınız/Cinsiyetiniz				
İkametgah Adresiniz				
Ev Telefonu/Cep Telefonu				
<b>ACİL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ</b>				
İsim Soyisim/Telefon				
Medeni Durumunuz	<input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli	<input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyor <input type="checkbox"/> Boşanmış	<input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Birlikte yaşıyor	
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)		
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)		
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu (bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet (belirtiniz.....)		
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Kullanmıyorum	<input type="checkbox"/> Evet		
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Duyma <input type="checkbox"/> Fiziksel	<input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> Zihinsel	Varsa ihtiyaç belirtiniz.....	
Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Duyma <input type="checkbox"/> Fiziksel	<input type="checkbox"/> Görme <input type="checkbox"/> Zihinsel	Varsa ihtiyaç belirtiniz.....	