

WNIOSEK O PODJĘCIE TERAPII DŁUGOTERMINOWEJ

Góra Kalwaria, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Numer telefonu

.....  
Adres e-mail

Dyrektor  
Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej  
w Górze Kalwarii

**WNIOSEK**

Zwracam się z prośbą o podjęcie terapii psychologicznej długoterminowej w Powiatowym Ośrodku Interwencji Kryzysowej.

Proszę aby terapia była prowadzona w:

1.  Górze Kalwarii
2.  Piasecznie

Byłam /em klientką/ em Powiatowego Ośrodka Interwencji Kryzysowej w Górze Kalwarii w roku .....

Problem z jakim się zgłaszam na terapię dotyczy:

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

Proszę zaznaczyć problem z jakim się Pan/ Pani zgłasza na psychoterapię.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia lękowe, fobie | <input type="checkbox"/> Cierpienie po stracie                                 |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia odżywiania    | <input type="checkbox"/> Sytuacje kryzysowe (utrata pracy, choroba w rodzinie) |
| <input type="checkbox"/> Nerwice                  | <input type="checkbox"/> Problemy emocjonalne                                  |
| <input type="checkbox"/> Depresja                 | <input type="checkbox"/> Wydarzenia traumatyczne                               |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia osobowości    | <input type="checkbox"/> Zachowania agresywne                                  |

WNIOSEK O PODJĘCIE TERAPII DŁUGOTERMINOWEJ

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Uporczywy stres                     | <input type="checkbox"/> Trudności w podejmowaniu decyzji         |
| <input type="checkbox"/> Kłopoty w relacjach z innymi ludźmi | <input type="checkbox"/> Niskie poczucie własnej wartości         |
| <input type="checkbox"/> Starość i przemijanie               | <input type="checkbox"/> Pragnienie poznania i zrozumienia siebie |
| <input type="checkbox"/> Zaburzenia psychoseksualne          | <input type="checkbox"/> Inne                                     |

Czy uczestniczył/a Pan/ Pani kiedykolwiek w życiu w terapii psychologicznej?

TAK

NIE

Jeśli tak to kiedy ostatnio (proszę podać rok)?

.....

.....

czytelny podpis

---

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na podjęcie terapii.

.....

Podpis Dyrektora POIK