**Ваше имя
Ваш возраст

Ответьте так, как поняли, можно коротко, при дальнейшем общении я уточню, если будет нужно.**

**1 С какой проблемой обращаетесь? (обстоятельства и чувства в связи с ними)**

**2 Когда началось и что предшествовало? Было ли подобное раньше?**

**3 Какие эмоции испытываете в течении дня? Как было раньше? Как давно заметили изменения? Можно указать субъективно по десяти-бальной шкале, как изменились эмоции.**

**4 Как проявляется и на что влияет беспокоящее состояние? (в поведении, ощущениях, настроении, побуждениях, речи, памяти, сне, питании и т д)**

**5 Как проходит обычно день? Чему и сколько времени уделяете?**

**6 Что происходит и что происходило в социальной сфере (отношениях, работе, финансах)?**

**7 Что может усиливать проблему?**

**6 По Вашему мнению, в чем ее причина?**

**7 В чем видите ее решение? Есть план решения?**

**8 Что уже делали и какой результат получили? Почему так произошло, на Ваш взгляд?**

**9 В чем представляете мою помощь? Что хотите получить в результате?
10 Какие вещества и в каких количествах принимаете?
11 Имеются ли у Вас сердечные заболевания при которых противопоказаны сильные эмоциональные переживания?
12 Астма?
13 Эпилепсия?
14 Есть ли какие-либо явные психические особенности, из-за которых обращались к врачу?
15 Есть ли диагнозы от психотерапевта, психиатра? Если есть, какие?**

**16 Были ли у Ваших прямых родственников психиатрические диагнозы, случаи самоубийства или какие-либо подобные факты?
17 Если Вы беременны, напишите об этом.**

**18 Хотите ли еще о чем-то мне сообщить?**

**Согласен не обработку персональных данных.
Ваша подпись и дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**