

# PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK BİRİMİ BAŞVURU FORMU



**Lütfen aşağıdaki açıklamaları dikkatle okuyunuz!**

- **Psikolojik Danışmanlık Birimi'ne** yapmış olduğunuz başvurudaki tüm bilgiler gizlidir ve kimseyle paylaşılmaz.
- Başvurunuzu takiben mümkün olan en kısa sürede sizinle görüşme saati oluşturularak, mail adresinize geri dönüş sağlanır. Bu nedenle aktif olarak kullanmakta olduğunuz mail adresi üzerinden iletişime geçmenizi öneririz.
- Başvuru formunun sonunda yer alan seans gün ve saatleri kısmına sizin için en uygun saat, tarih ve en fazla zamanı belirtmeniz sizinle olan seansın sürecini hızlandırır. (örn: Pzt. 14.00, Çarşamba 15.00 vb.)
- Sizinle oluşturduğumuz ilk seansımıza, haber vermeden gelmediğiniz zaman yardım talebinizden vazgeçtiğiniz düşünülür. Bu durumda başvurunuzu yinelemeniz gerekir.
- Görüşmelerin sıklığı ve süresine sizin ihtiyaç ve beklentilerinize, başvurduğunuz döneme ve birimin uygunluğuna göre karar verilir.
- Acil durumlarda, mesai saatleri içerisinde mail yoluyla iletişime geçebilir, mesai saatleri dışında ise en yakın sağlık kuruluşuna başvurabilirsiniz.
- Başvuru formunu doldurarak [psikolojikdanisma@halic.edu.tr](mailto:psikolojikdanisma@halic.edu.tr) mail adresine göndermeniz gerekmektedir.

|                |  |
|----------------|--|
| İsim – Soyisim |  |
| Başvuru Tarihi |  |
| E - Posta      |  |
| Tel            |  |
| Doğum Tarihi   |  |
| Cinsiyet       |  |

**Sizin için uygun olan bölümü doldurunuz.**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>A. Öğrenciyim</b>    |  |
| Fakülte / MYO / Enstitü |  |
| Bölüm / Program         |  |
| Sınıfı                  |  |

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>B. Akademisyenim</b> |  |
| Fakülte / MYO / Enstitü |  |
| Bölüm / Program         |  |
| Görevi / Unvanı         |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>C. İdari Personelim</b> |  |
| Direktörlük                |  |
| Birim                      |  |
| Görevi / Unvanı            |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Daha önce psikolojik / psikiyatrik yardım aldınız mı?</b>                       | <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır   |
| <b>Psikolojik danışmanlık hizmetine başvuru nedeninizi lütfen kısaca belirtin.</b> |  |
| <b>Psikolojik danışmanlık hizmetinden nasıl haberdar oldunuz?</b>                  | Aile <input type="checkbox"/> Arkadaş <input type="checkbox"/><br>Sağlık Biriminin (Revir) Yönlendirmesi <input type="checkbox"/><br>İdari personel yönlendirmesi <input type="checkbox"/><br>Akademik personel yönlendirmesi <input type="checkbox"/><br>Diğer <input type="checkbox"/> |

**Görüşmek istediğiniz gün ve saatleri belirtiniz**

| Pazartesi | Salı  | Çarşamba | Perşembe | Cuma  |
|-----------|-------|----------|----------|-------|
| Saat:     | Saat: | Saat:    | Saat:    | Saat: |
|           |       |          |          |       |