

I. ZÁKLADNÍ ÚDAJE

JMÉNO A PŘÍJMENÍ:

KONTAKTNÍ TELEFON:

DATUM NAROZENÍ:

E-MAIL:

II. DOSAVADNÍ LÉČBA

Absolvoval/a jste v minulosti léčbu psychických obtíží? (pokud ano, tak kdy a kde):

Léčíte se v současné době v psychiatrické ambulanci? (pokud ano, tak kde):

Docházíte v současné době na psychoterapii nebo jinou formu psychologické péče? (pokud ano, kde):

Prosíme Vás o stručný popis Vašich aktuálních psychických potíží:

Uveďte, zda se u Vás v posledním ½ roce vyskytlo sebepoškozování: ANO NE

Uveďte, zda se u Vás v posledním ½ roce vyskytly sebevražedné myšlenky: ANO NE

III. V ČEM SI MYSLÍTE, ŽE BY PRO VÁS MOHL BÝT DBT PROGRAM PŘÍNOSNÝ?

Jsem ochoten/a se zavázat k absolvování kompletního programu léčby DBT (2x týdně skupinová, 1x týdně individuální psychoterapie po dobu 24 týdnů).

Souhlasím se zpracováním a nakládáním s osobními údaji pro výše uvedený účel dle zásad GDPR - Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. 4. 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dále dle zákona 110/2019 Sb

Formulář ULOŽTE a vyplněný PDF soubor zašlete na emailovou adresu: PK-DBT@fnbrno.cz