

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:

Uved'te, zda se u Vás v posledním ½ roce vyskytlo sebepoškozování:

ANO

NE

Uved'te, zda se u Vás v posledním ½ roce vyskytlo sebevražedné chování:

ANO

NE

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

Jsem ochotna/ochoten se zavázat k absolvování DBT programu v celém jeho rozsahu (2x týdně skupinová, 1x týdně individuální psychoterapie. Dále se zavazuji k absolvování přijímacího pohovoru do DBT programu; pokud se nebudu moci zúčastnit již domluveného termínu, zavazuji se telefonicky omluvit maximálně 48 hodin předem.

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