

Form Data Pribadi Klien Dewasa

PERSONAL

Tanggal : _____

Nama : _____

Alamat : _____

Jenis Kelamin : _____ Tinggi _____ Berat _____ Usia _____

No. Telepon : _____

Email : _____

Pekerjaan : _____

Hobi : _____

Cita-cita sewaktu Kecil : _____

Tempat & Tanggal Lahir : _____

Status Pernikahan : Menikah Belum Menikah Cerai

Nama suami/isteri : _____

Anak Ke : _____ dari _____ bersaudara

KELUARGA

Jumlah Anak : _____

Hubungan dengan Ayah : _____

Hubungan dengan Ibu : _____

RIWAYAT KESEHATAN

Apakah Anda pernah menerima pengobatan dari psikolog atau psikiater sebelumnya : _____

Jika ya, mohon dijelaskan kapan, dimana dan nama Psikolog/Psikiater

Apakah Anda mempunyai riwayat penyakit menahun : _____

Jika ya, mohon dijelaskan sakit apa dan nama dokter yang menanganinya?

Apakah Anda mengalami sakit : Epilepsi Gangguan Jantung Diabetes

Jika ya, Kapan : _____

Apakah Anda sedang dalam pengobatan ? _____

Jika ya, Apa nama obatnya dan apa tujuannya : _____

Apakah Anda pernah dioperasi ? _____

Jika ya, kapan dan operasi apa : _____

Kebiasaan : Alkohol _____ Tembakau _____

Kopi/Teh _____ Diet Spesial _____

Lain-lain _____

Apakah Ayah/Ibu memiliki riwayat penyakit ? _____ Penyakit apa? _____

Apakah Anda sering mengalami/memiliki masalah fisik berikut ini :

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Pundak kaku | <input type="checkbox"/> Tangan terlalu dingin |
| <input type="checkbox"/> Migraine | <input type="checkbox"/> Punggung kaku | <input type="checkbox"/> Tangan kaku |
| <input type="checkbox"/> Pundak kaku | <input type="checkbox"/> Kram pada perut | <input type="checkbox"/> Kaki kaku |
| <input type="checkbox"/> Leher Kaku | <input type="checkbox"/> Maag | <input type="checkbox"/> Kaki bengkak |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Masalah ginjal | <input type="checkbox"/> Tekanan darah tinggi/rendah |
| <input type="checkbox"/> Masalah mata | <input type="checkbox"/> Menstruasi tdk lancar | <input type="checkbox"/> Masalah pada tenggorokan |

Sebutkan permasalahan yang ingin Anda selesaikan :

Apa yang sudah Anda lakukan untuk menyelesaikan masalah ini :

Bagaimana Hasilnya :

Apakah Permanen ? Seberapa sering Anda kembali mengalami masalah ini lagi :

Seberapa besar biaya yang telah Anda keluarkan untuk upaya Anda ini :

Berapa lama waktu yang terbuang :

Berapa besar energy yang telah Anda keluarkan untuk upada Anda ini :

Apakah ada gangguan di dalam keluarga, pasangan atau diri sendiri dengan adanya masalah ini:

Mengapa hal tersebut ingin Anda selesaikan :

Pada skala 1-10 (10 mewakili Anda sangat siap), maka kesiapan Anda untuk melakukan perubahan ada di angka berapa : _____

Tuliskan sikap atau pemikiran apa yang sekiranya dapat menghambat perubahan yang Anda inginkan : _____

Dalam kehidupan Anda, pada peristiwa apa Anda merasa sangat positif, bahagia dan luar biasa :

Tuliskan keuntungan, manfaat dan apa yang terjadi dalam hidup anda jika anda bebas dari masalah anda :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data-data yang saya isi adalah benar dan saya mengisinya secara sadar dan tanpa paksaan. Saya setuju bahwa segala proses terapi ada dicatat dan direkam baik melalui rekam suara maupun rekam gambar. Semua data tersebut akan diperlakukan secara sangat rahasia.

Tanda tangan :

(_____)