



Szegedi Kistérség Többcélú Társulása  
Egyesített Szociális Intézmény  
**Dr. Farkasinszky Terézia Ifjúsági Drogcentrum**  
Gyermek és Ifjúsági Addiktológiai Rehabilitációs Részleg  
6763, Szatymaz, Kossuth u. 1.  
*Email: ifirehab.szatymaz@gmail.com*



### Kedves Szülő/Hozzátartozó!

**Ez a kérdőív azt a célt szolgálja, hogy személyes találkozásunkkor - ezen válaszok segítségével - már csak az igazán fontos kérdésekkel foglalkozzunk. A megadott információk tekintetében számíthat maximális diszkréciónkra, titoktartásunkra.**

**Találkozásunkig üdvözlettel: A gyermek és ifjúsági rehabilitációs stáb**

### KÉRDŐÍV

*(A következő személyes adatokat az intézményünkbe felvételiző gyermekére vonatkozóan szíveskedjen kitölteni.)*

Gyermeke neve: .....

Születési helye, ideje: .....

Személyi ig. száma: .....

TAJ szám: .....

Adószám: .....

Bejelentett lakhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Telefon: .....

Anyja neve: .....

Lakcím: .....

Telefon, e-mail cím: .....

Apja neve: .....

Lakcím: .....

Telefon, e-mail cím: .....

Gondviselő, nevelőszülő, gyám neve: .....

Lakcím: .....

Telefon, e-mail cím: .....

## Családi, társas és intézményi kapcsolatok

- Sorolja fel az egy háztartásban élőket: .....
- Húzza alá családi állapotát: házas            elvált            özvegy            élettársi kapcsolat
- Gyermek(ei) száma, életkora: .....
- Felmerülő problémái során fordult-e már külsős szakemberhez segítségért? Ha igen kihez?  
.....

## Iskolai státusz

- Iskolai státusz (aláhúzendó) gyermeke aktív tanuló – nem jár iskolába
- Intézmény neve, elérhetősége: .....
- Osztályfőnök neve: .....
- Szak megnevezése: .....
- Tanulási zavar megnevezése, ha van: .....

## Jogi státusz

- Jelenleg folyik-e eljárás gyermeke ellen? .....
- Milyen ügyben? .....
- Milyen szakaszban van? .....
- Volt-e már elítélve gyermeke, ha igen, miért? .....
- Milyen ítélet született? .....

## Egészségügyi és pszichés állapot

- Gyermekeinek van-e valamilyen krónikus betegsége? Ha igen, mi? (pl.: cukorbetegség, asztma, epilepszia stb.) .....
- Van-e valamilyen allergiája? (pl.: gyógyszer, étel stb.)  
.....
- Szed-e valamilyen gyógyszert folyamatosan? Ha igen, mit?  
.....
- Hányszor és mi okból részesült gyermeke kórházi kezelésben? (pl.: baleset, műtétek stb.)  
- az elmúlt egy évben: .....
- élete során: .....

- Van-e olyan említésre méltó dolog még gyermeke egészségével kapcsolatban, - akár pozitív, akár negatív, - amelyről úgy gondolja fontos lehet nekünk, hogy jobban megismerjük őt?  
.....
- Van-e olyan említésre méltó dolog a pszichológiai problémákra vonatkozóan - akár pozitív, akár negatív, - amiről úgy gondolja, fontos lehet nekünk, hogy jobban megismerjük gyermekét?  
.....

## Szerhasználat

- Hányszor részesült gyermeke kezelésben vagy tanácsadásban a szerhasználatával, függőségével kapcsolatban?  
- ambulancia/nappali gondozásban: .....  
- kórház/bent fekvő kezelésben: .....
- Van-e olyan említésre méltó dolog gyermeke szerhasználatát illetően, - akár pozitív, akár negatív, - amelyről úgy gondolja fontos lehet nekünk, hogy jobban megismerhessük?  
.....
- Honnan szerzett tudomást intézményünkről?  
.....