**ÁLLAPOTFELMÉRŐ KÉRDŐÍV\***

**Név (születési név is)…………………………………………………………………………………….**

**Születési hely, idő (év, hó, nap)…………………………………………………………………………**

**Anyja neve:………………………………………………TAJ száma:………………………………...**

**Lakcím:…………………………………………………………………………………………**

Volt-e / van-e Önnek pszichológiai problémája, pszichiátriai megbetegedése, vagy valamilyen krónikus betegsége (pl. epilepszia, asztma, allergia, gyomorfekély, magas vérnyomás, klausztrofóbia, pánikbetegség, neurológiai/idegrendszeri megbetegedés, alkoholfüggőség, drogfüggőség, játékszenvedély, depresszió, idegkimerültség, szorongás, öngyilkossági kísérlet, skizofrénia vagy más betegség)? Igen / Nem

Ha igen, mi? …………………………………………………………………………………..

Részesült-e orvosi vagy kórházi kezelésben valamilyen egészségügyi ok miatt? Igen / Nem

Ha igen, hányszor? ……………………………………………………………………………

Mikortól meddig tartott a kezelés? ………………………………………………..…..............

Mi volt a probléma? ..................................................................................................................

Mi volt az orvosok által megállapított diagnózis? …...……………………………………….

Mi lett a kezelés eredménye?……………………………………………………………….…

Állt-e élete során pszichológiai gondozás vagy pszichiátriai kezelés alatt? Igen/ Nem

Ha igen, hányszor? …………………………………………………………………………….

Mikortól meddig tartott a kezelés?...............................................................................................

Mi volt a probléma?......................................................................................................................

Mi volt a pszichológus / pszichiáter által megállapított diagnózis?.............................................

Milyen gyógyszereket kapott?.....................................................................................................

Mi lett a kezelés eredménye?……………………………………………………………………

Kell-e most is szednie a pszichiáter által javasolt gyógyszert? Igen/ Nem

Jelenleg milyen gyógyszereket szed?........................................................................................

Fogyaszt-e kábítószert? Igen / Nem

Fogyaszt-e alkoholt? Igen / Nem

Ha fogyaszt alkoholt, mennyit és milyen gyakran? Jelölje meg a táblázatban.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Naponta | Hetente | Havonta | Egyéb |
| Sör |  |  |  |  |
| Bor |  |  |  |  |
| Égetett szesz |  |  |  |  |
| Egyéb: …………….. |  |  |  |  |

Volt-e/van-e a vérszerinti családjában valakinek pszichológiai problémája, pszichiátriai megbetegedése, vagy valamilyen krónikus betegség (pl. epilepszia, asztma, allergia, gyomorfekély, magas vérnyomás, klausztrofóbia, pánikbetegség, neurológiai/idegrendszeri megbetegedés, alkoholfüggőség, drogfüggőség, játékszenvedély, depresszió, idegkimerültség, szorongás, öngyilkossági kísérlet, skizofrénia vagy más betegség? Igen / Nem

Ha igen, mi és melyik családtagnak?............................................................................................

*\*Nyomtatott betűvel, vagy géppel kérjük kitölteni!*

Volt-e már Önnek öngyilkossági kísérlete? Igen / Nem

Előfordult-e a családjában öngyilkossági kísérlet vagy öngyilkosság? Igen / Nem

Problémai miatt gondolt-e valaha öngyilkosságra? Igen / Nem

Volt-e, van-e valamilyen részképesség zavara, tanulási nehézsége? Igen / Nem

Állapítottak-e meg Önnél diszleksziát, diszgráfiát, diszkalkúliát? Igen / Nem

Volt-e érettségi alóli felmentése valamilyen tantárgyból? Igen / Nem

**Büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy a fenti adatok a valóságnak megfelelnek.**

Dátum: ………………………………….….

 ………………………………….….

 aláírás

**KIEGÉSZÍTŐ KÉRDŐÍV A RENDÉSZETI OKTATÁSI INTÉZMÉNYEKBE JELENTKEZŐK ELŐZETES PSZICHIKAI VIZSGÁLATÁHOZ (ELŐSZŰRÉS)\***

**Név (születési név is)…………………………………………………………………………………….**

**Születési hely, idő (év, hó, nap)…………………………………………………………………………**

**Anyja neve:………………………………………………TAJ száma:………………………………...**

**Lakcím:…………………………………………………………………………………………**

**Kikkel él együtt egy háztartásban?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rokonsági fok** | Életkor | Foglalkozás |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Kérjük, hogy a következő kérdésekre legjobb tudása szerint, részletesen, legfeljebb 5-5 mondatban válaszoljon:**

1. Hogyan jellemezné önmagát, mi az, amit önmagáról fontosnak tart elmondani?
2. Mik a legszívesebben végzett szabadidős tevékenyégei, milyen rendszerességgel végzi azokat?
3. Milyen céljai voltak eddig az életben? Sikerült-e elérni? Ha igen hogyan? Ha nem, miért nem?
4. Milyen módszerrel/módszerekkel tudja elérni a céljait általában?

*\*Nyomtatott betűvel, vagy géppel kérjük kitölteni!*

1. Mi jelent kihívást Ön számára az életben?
2. Mi volt eddigi életében a legnehezebb élethelyzet, amivel meg kellett birkóznia, és hogyan sikerült megoldani?
3. Melyek azok az erősségei (legalább három) amelyekre minden helyzetben támaszkodhat?
4. Melyek azok a képességei, tulajdonságai (legalább három), amelyeket fejlesztenie szükséges?
5. Milyen személyiségtulajdonságai vannak, amelyek alapján úgy gondolja, hogy jó szakember lehet a választott rendvédelmi területen?
6. Mi a legvonzóbb az Ön számára a megjelölt rendvédelmi pályában?
7. Hogyan jellemezné a hozzátartozóival való kapcsolatát?
8. Kellett-e iskolát, vagy osztályt váltania, ha igen milyen okból?
9. Voltak-e fegyelmi problémái az iskolában?
10. Részesült-e fejlesztő pedagógiai ellátásban? Ha igen, milyen területen?

**A következőkben különböző életeseményeket soroltunk fel.** Tegyen egy keresztet az állítás előtt lévő kockába minden olyan eseményhez, amely **az utóbbi két évben** előfordult az Ön életében.

Ezután azt a számot karikázza be a skálán, amelyik kifejezi, hogy mennyire zaklatta fel Önt az esemény (10-esnek vegye a legnehezebben elviselhetőt, pl. egy nagyon közeli hozzátartozó halálát, vagy egy érzelmileg traumatikus egyéb életeseményt)! **Amennyiben az adott életesemény előfordult kérjük, röviden írja le a történteket!**

* Elválás valakitől, akit szeretett

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Egy komoly kapcsolat vége

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Szülők válása

……………………………………………….................. **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Idős vagy beteg családtag ápolásának felelőssége

……………………………………………….................. **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Valamilyen probléma a hozzátartozókkal

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Probléma a barátokkal vagy szomszédokkal

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Súlyos anyagi problémák

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Iskolával kapcsolatos problémák

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Összeütközés a törvénnyel

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Közeli hozzátartozó komoly betegsége

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Közeli hozzátartozó komoly lelki problémái

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Közeli hozzátartozó halála

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Közeli jóbarát halála

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Valamilyen saját testi vagy lelki betegség

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Nehéz kapcsolati probléma a szülőkkel

………………………………………………………… **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

* Autóbaleset/ egyéb baleset

………………………………………………................. **1 2 3 4 5 6 7 8 9 10**

Dátum: ………………………………….….

 ………………………………….….

 aláírás