

Ответы на вопросы данной анкеты помогут вашим ведущим сделать данный тренинг для вас максимально безопасным. Конфиденциальность данной информации гарантируется. Если Вы сомневаетесь относительно того, следует ли вам принимать участие в тренинге, проконсультируйтесь со своим врачом, а также с ведущими тренинга.

АНКЕТА УЧАСТНИКА ТРЕНИНГА

Фамилия _____
Имя _____
Отчество _____
Возраст _____
Семейное положение _____
Контактный телефон _____
E-mail _____

Ответьте как можно более подробно:

1. Страдали ли Вы в прошлом или в настоящее время ("ДА" или "НЕТ") одним из следующих заболеваний:
 - эпилепсия _____
 - другие судорожные проявления _____
 - психозы (галлюцинации, бред и т. д.) _____
 - панические атаки, фобии _____
 - бронхиальная астма _____
 - диабет _____
 - заболевания сердца _____
 - прогрессирующее снижение зрения _____
 - отслоение сетчатки глаза _____
 - глаукома _____
 - гипертоническая болезнь, кризы _____
 - черепно-мозговые травмы _____
 - онкологические заболевания _____
 - недавно перенесенные операции _____
 - были ли у Вас в прошлом инсульты или инфаркты? _____
 - в данный момент есть ли заболевания в стадии обострения? _____
2. Беременны ли Вы сейчас? _____
3. Лежали ли Вы когда-либо в психиатрической клинике? _____
4. Пользуетесь ли Вы сейчас услугами психолога, психотерапевта или психиатра? _____
5. Принимаете ли вы сейчас какое-либо лекарство? _____
6. Имеются ли у Вас какие-либо еще психологические, эмоциональные или физические особенности, на которые следует обратить внимание? _____

Расшифруйте, пожалуйста, все Ваши ответы "ДА" в анкете, используя обратную сторону листа, если Вам потребуется дополнительное место.

**Я подтверждаю, что я прочитал(-а) и понял(-а) всю информацию и ответил(-а) на все вопросы подробно и честно, ничего не утаив.
Мое общее состояние здоровья, насколько я понимаю, хорошее.**

(подпись)

(дата)