İL:	
Sağlık Kurumu/Aile Hekimi	**Formu dolduran**
.....	Adı Soyadı: ..... Görevi:.....

Başvuru Bilgileri

Kuruma başvuru tarihi: ...../...../..... Saati: .....

Başvuru nedeni:.....

Kuruma geliş şekli: Yalnız Yakınları ile Çocukları yanında mı? Hayır Evet

Kurumdan ayrılış tarihi: ...../...../..... Saati:..... Kurumda kalış süresi: .....saat

Şiddete maruz kalan kadınla ilgili bilgiler

Adı Soyadı: ..... Doğum tarihi: ...../...../..... Uyruğu:T.C. –Diğer

T.C. Kimlik No:.....

Medeni hali:Bekar Evli Dul Boşanmış Diğer.....

Yaşayan çocuk: Yok Var

Şu anda gebe mi?Hayır Evet

Gelir getiren bir işte çalışma: Çalışmıyor Çalışıyor

Sosyal güvence: Yok Var .....

Özürlülük: Yok Var (açıklayınız).....

Öğrenim durumu:

İletişim bilgileri

Adres:.....

Telefon numarası:.....

Ulaşılabilecek yakınının adı-soyadı:..... Telefon numarası:.....

Yakınlık derecesi:.....

Şiddet Öyküsü

Şiddet yakınması (kadının kendi ifadesi ile)

.....

Şiddetin gerçekleştiği yer: Ev İş yeri Okul Sokak Diğer.....

Şiddetin gerçekleştiği tarih: ...../...../..... Saat: .....

Şiddetin türü (Görüşmecinin kararı):Fiziksel Duygusal Cinsel Ekonomik

Şiddetin ciddiyeti(Değerlendirme skalasına göre):.....

Şiddeti gerçekleştirenin yakınlık derecesi: .....

Çocuklarda şiddete maruz kaldı mı? Hayır Evet

Çocuklar şiddete tanık oldu mu? Hayır Evet

Daha önce şiddet uyguladı mı? Hayır Evet

Şiddetin devam etme süresi: .....