



Анкета на участие в душепопечении

Личная информация

Ф.И.О.* _____, дата рождения* «__» _____
Телефон* _____, e-mail _____, профессия _____

Семья

Супруг(а) _____, дата рождения «__» _____
Профессия _____

Год бракосочетания _____. Сколько времени вы встречались до брака? _____
Были ли у вас предыдущие браки? _____

Дети, в том числе усыновленные или умершие:

Имя							
Возраст							
Образование							

Как ваш супруг(а) смотрит на ваше желание пройти душепопечение?

- согласен(а) присоединиться не возражает
 возражает не знает об этом

Сколько у вас братьев и сестер? _____. Какой вы по счету в семье? _____

Живы ли родители? Отец _____, мать _____

Опишите отношения, которые у вас сложились с отцом: _____

Опишите отношения, которые у вас сложились с матерью: _____

Жили ли вы с кем-то, кроме ваших родителей (уточните)? _____

Физическое здоровье

Опишите состояние вашего здоровья _____

Хронические заболевания _____

Тяжелые заболевания или увечья _____

Дата последнего медобследования «__» _____. Результат _____

Лекарства, которые вы принимаете на данный момент и их дозы: _____

Лекарства, влияющие на эмоциональное состояние: _____
Употребляете ли вы алкоголь, курите (сейчас и в прошлом)? _____
Беспокоит ли вас здоровье на данный момент? _____

Применимо ли что-либо из перечисленного к вам?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> за мной постоянно кто-то наблюдает | <input type="checkbox"/> боюсь ограниченного пространства |
| <input type="checkbox"/> лица искажены | <input type="checkbox"/> великолепный слух |
| <input type="checkbox"/> цвета слишком яркие | <input type="checkbox"/> недавние изменения в весе |
| <input type="checkbox"/> не могу правильно определять расстояние | <input type="checkbox"/> недавние изменения в диете |
| <input type="checkbox"/> беспокоят галлюцинации | <input type="checkbox"/> недавние изменения во сне |

Только для женщин

Перечислите любые осложнения, связанные с менструальным циклом, симптомы и лечение:

Предшествующий опыт душепопечения

Коротко опишите предыдущие встречи с пасторами, докторами, психиатрами, психотерапевтами (дата, симптомы, диагноз, лечение, продолжительность): _____

Книги, которые вы читали, желая решить проблему: _____

Духовное состояние

Опишите ваше текущее духовное состояние*: _____

Объясните все недавние изменения, произошедшие в вашей духовной жизни*: _____

Если бы вы умерли сегодня, попали бы вы на небеса?*

Если бы вы предстали перед Богом и Он спросил вас: «Почему Я должен впускать тебя на небеса?», что бы вы ответили? _____

Посещаете ли вы поместную церковь? _____

Название церкви (город): _____ . Кол-во посещений в месяц: _____

Опишите, какую роль Библия играет в вашей повседневной жизни: _____

Самопознание

Что относится к вам?

- | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> активный | <input type="checkbox"/> изменчивый | <input type="checkbox"/> скромный | <input type="checkbox"/> духовный |
| <input type="checkbox"/> амбициозный | <input type="checkbox"/> добрый | <input type="checkbox"/> благожелательный | <input type="checkbox"/> одинокий |
| <input type="checkbox"/> уверенный | <input type="checkbox"/> подавленный | <input type="checkbox"/> интроверт | <input type="checkbox"/> чувствительный |
| <input type="checkbox"/> упорный | <input type="checkbox"/> возбудимый | <input type="checkbox"/> экстраверт | <input type="checkbox"/> обеспокоенный |
| <input type="checkbox"/> нервный | <input type="checkbox"/> с воображением | <input type="checkbox"/> располагающий | <input type="checkbox"/> замкнутый |
| <input type="checkbox"/> трудолюбивый | <input type="checkbox"/> спокойный | <input type="checkbox"/> лидер | <input type="checkbox"/> застенчивый |
| <input type="checkbox"/> нетерпеливый | <input type="checkbox"/> серьезный | <input type="checkbox"/> тихий | |
| <input type="checkbox"/> импульсивный | <input type="checkbox"/> добродушный | <input type="checkbox"/> покорный | |

Кратко завершите предложения:

Самую большую радость в жизни я испытал, когда _____

Я был собой доволен больше всего, когда _____

Больше всего я люблю _____

Мой самый сильный страх — это _____

Больше всего любимым я себя чувствовал, когда _____

Моим самым большим разочарованием в жизни было _____

Моей самой большой обидой было _____

Оглядываясь на свою жизнь, я больше всего стыжусь _____

С разочарованием я обычно справляюсь _____

С конфликтом я обычно справляюсь _____

Мое самое большое испытание _____

Что вас беспокоит?

- | | | | |
|--|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> гнев | <input type="checkbox"/> депрессия | <input type="checkbox"/> здоровье | <input type="checkbox"/> сон |
| <input type="checkbox"/> волнение | <input type="checkbox"/> обман | <input type="checkbox"/> гомосексуализм | <input type="checkbox"/> искушение |
| <input type="checkbox"/> апатия | <input type="checkbox"/> зависть | <input type="checkbox"/> память | <input type="checkbox"/> порок |
| <input type="checkbox"/> горечь | <input type="checkbox"/> семья | <input type="checkbox"/> частая смена настроений | <input type="checkbox"/> беспокойство |
| <input type="checkbox"/> изменения в стиле жизни | <input type="checkbox"/> страх | <input type="checkbox"/> бунт | <input type="checkbox"/> другое: _____ |
| <input type="checkbox"/> дети | <input type="checkbox"/> обжорство | <input type="checkbox"/> секс | |
| | <input type="checkbox"/> вина | | |

Кратко ответьте на вопросы:

1. Что привело вас сюда? Назовите проблемные сферы*: _____

2. Что вы предпринимали для решения этих проблем?*

3. Каковы ваши ожидания от душепопечения?*

*Обязательные поля.