**АНКЕТА участника семинара**

**Необходимо заполнить все строки.**

Фамилия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

День, месяц и год рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефоны\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы, должность:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сформулируйте ЦЕЛЬ участия в семинаре:\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Обязательно заполните страничку о состоянии здоровья!**

**Информация о состоянии здоровья**

Пожалуйста, дайте подробные ответы на все ниже перечисленные вопросы. Ваши ответы будут носить конфиденциальный характер.

Отметьте верный вариант ответа.

* Имеются ли у Вас хронические заболевания?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Принимаете ли Вы какие-нибудь лекарственные препараты?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Проходили ли Вы когда-нибудь консультацию у психотерапевта или психолога?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то когда и по какому поводу?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Были ли Вы когда-либо госпитализированы с психическим расстройством?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то когда и с каким диагнозом? (шизофрения, маниакально-депрессивный психоз, невроз навязчивых состояний, истерия, наркомания, эпилепсия и другие) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Назначались ли Вам когда-либо ранее, или же Вы принимаете в настоящий момент препараты, которые обычно используются для лечения психических расстройств: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты и другие психотропные средства?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то какие?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Был ли когда-нибудь Вам диагностирован врачом нервный срыв?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Если ДА, то когда?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отправив анкету, я подтверждаю, что не являюсь беременной! (для женщин)

**Правила семинара**

Это правила, которым должны следовать участники. Если участник нарушает эти правила, ему придется покинуть семинар (по решению организаторов).

Запрещается наносить ущерб или применять насилие по отношению к себе, к другим участникам семинара, ассистентам и ведущему.

Запрещено применение наркотиков или алкоголя в течение семинара.

Запрещено есть мясо и рыбу в течение семинара.

Обязательно участие полностью во всех практиках семинара, от начала до конца.

Необходимо относиться с уважением и уважать личные границы других участников.

Необходимо соблюдать конфиденциальность в отношении всех участников группы: их имена, переживания и содержание рассказов.

Удостоверение:

1. Я удостоверяю, что все данные, которые в анкете, истинны и правильны, я не утаил никакую информацию, относящуюся к участию в этом семинаре.
2. Я обязуюсь выполнять перечисленные выше правила. Я знаю, что если мне придется покинуть семинар в результате нарушения мною правил, деньги за семинар возвращены не будут.
3. Если я почувствую себя плохо и/или заболею и/или произойдет изменение в состоянии моего здоровья, физического и/или психического, я немедленно сообщу об этом организаторам, и они, если посчитают нужным, будут иметь право прекратить мое участие в семинаре.
4. Мне известно, что семинар ни в коем случае не является медицинской, психологической или психиатрической терапией, и не заменяет такую терапию. Я удостоверяю, что участвую в семинаре по собственному желанию. Любой вред, который может быть нанесен прямо и/или косвенно на семинаре и/или в результате семинара, является исключительно моей ответственностью. Я заранее отказываюсь от подачи любой жалобы против организаторов семинара и/или ведущего за причиненный ущерб. Данный отказ от претензий распространяется на моих возможных наследников и опекунов.
5. Для женщин: Отправляя анкету, вы подтверждаете, что не являетесь беременной.

Подтверждаете ли вы достоверность информации указанной в анкете?

ДА \_\_\_\_\_ НЕТ\_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_