

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Ön yüz)

İL:	
Sağlık kurumu / Aile Hekimi	Formu dolduran
.....	Adı-soyadı: Görevi:
Başvuru bilgileri	
Kuruma başvuru tarihi: / / saati:	
Başvuru nedeni:	
Kuruma geliş şekli: Yalnız <input type="checkbox"/> Yakınları ile <input type="checkbox"/> Çocukları yanında mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Kurumdan ayrılış tarihi: / / saati: Kurumda kalış süresi: saat	
Mağdur bilgileri	
Adı-soyadı: Doğum tarihi: / / Uyuşu: T.C._ Diğere	
T.C. Kimlik No:	
Öğrenim durumu: OYD <input type="checkbox"/> OY <input type="checkbox"/> İlkokul mez. <input type="checkbox"/> Ortaokul mez. <input type="checkbox"/> Lise mez. <input type="checkbox"/> Yüksek öğretim mez. <input type="checkbox"/>	
Medeni hali: Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Diğere	
Yaşayan çocuk: Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> kız ve Erkek Yaşları.....	
Şu anda hamile mi: Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	
Yaşadığı hanedeki kişiler: Yalnız <input type="checkbox"/> Birlikte yaşadığı kişi sayısı: ve Yakınlıkları:	
Gelir getiren bir işte çalışma: Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> İşin tanımı:	
Sosyal güvence: Yok <input type="checkbox"/> Emekli sandığı <input type="checkbox"/> Bağ-kur <input type="checkbox"/> SSK <input type="checkbox"/> Özel sigorta <input type="checkbox"/> Diğere	
Kronik hastalık: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _	
Özürlülük: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _	
Sigara kullanma: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ Günde tane veya paket	
Alkol kullanma: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız) _ Günde / haftada / aydakadeh.....şişe	
Bağımlılık yapan madde kullanımı: Yok <input type="checkbox"/> Var (açıklayınız)_ Türü:.....	
İletişim bilgileri	
Adres:	
Telefon numarası:	
Ulaşılabilecek bir yakınının adı-soyadı: Telefon numarası:	
Yakınlık derecesi:	
Şiddet öyküsü	
Şiddet yakınması (kadının ifadesi ile):	
Şiddetin gerçekleştiği yer: Ev <input type="checkbox"/> İşyeri <input type="checkbox"/> Okul <input type="checkbox"/> Sokak <input type="checkbox"/> Diğere	
Şiddetin gerçekleştiği tarih: ... / / saat:	
Şiddetin türü (Görüşmecinin kararı): Fiziksel <input type="checkbox"/> Duygusal <input type="checkbox"/> Cinsel <input type="checkbox"/> Ekonomik <input type="checkbox"/>	
Şiddetin ciddiyeti (Değerlendirme skalasına göre)*:	
Şiddeti gerçekleştirenin yakınlık derecesi: Cinsiyeti: Yaşı:	
Şiddeti gerçekleştirenin özel durumu: Yok <input type="checkbox"/> Akıl hastası <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Zihinsel özür <input type="checkbox"/> Fiziksel özür <input type="checkbox"/> Diğere	
Şiddet için başka yere başvurdu ve yardım aldı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Çocuklar da şiddete maruz kaldı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> yaş cinsiyet şiddet türü	
Çocuklar şiddete tanık oldu mu? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> yaş cinsiyet	
Daha önce de şiddet uyguladı mı? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>	
Şiddetin devam etme süresi:	

KADINA YÖNELİK AİLE İÇİ ŞİDDET KAYIT FORMU (Arka yüz)

Risk değerlendirme		
1.	Şiddet son bir senede artış gösterdi mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
2.	Failde alkol ve madde kullanımı söz konusu mu?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
3.	Fail sizi öldürmekle tehdit etti mi?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
4.	Evde silah bulunuyor mu?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
5.	Eve gitmeye korkuyor musunuz?	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
Sonuç		
	Bilgilendirme yapıldı. (Yasal haklar, kadın ve çocuk koruma ve destek hizmetleri)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Güvenlik planı geliştirildi. (Eve dönüş)	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	İleri tıbbi tanı ve tedavi için yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Kadın ve çocuk koruma hizmetlerine yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Psikolojik destek/danışmanlık için yönlendirme yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	İzlem planı yapıldı.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Polise bildirildi.	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>
	Diğer (tanımla)	
Notlar		

* Şiddetin Ciddiyetini Değerlendirme Skalası:

1. Şiddet tehdidi, silah ile birlikte
2. Tokatlama, itme (yaralanma ve uzun süreli acı yok)
3. Yumruklama, tekmeleme, yaralar, kesikler ve/veya devam eden acı
4. Ciddi sonuçlar, yanıklar, kemik kırılması
5. Baş ve/veya iç organlarda kalıcı yaralanmalar
6. Silah kullanımı, silahla yaralama