

Formulir Konfidensial Pendaftaran Konsultasi Awal

Silahkan isi dan tanda tangan formulir ini lalu kirim *soft copy*-nya ke *WhatsApp* 0816-795-785. Jadwal konsultasi akan dibuat setelah kami menerima *soft copy* formulir yang sudah Anda isi lengkap dan tanda tangan.

Nama:	
Alamat:	
HP:	Telpon Kantor:
Email:	Website:
Jumlah Pernikahan:	Jumlah Perceraian:
Nama Pasangan:	Telpon Pasangan:
Nama Anak:	Umur:
Nama Anak:	Umur:
Nama Anak:	Umur:
Perusahaan:	Tanggal Mulai Kerja:
Posisi Pekerjaan Sekarang:	
Edukasi & Kredensial:	
Kontak Emergency:	
Telpon Kontak Emergency:	Hubungan:

Alasan untuk berkonsultasi:

Deskripsikan masalah Anda:

Nama Terapis Sebelumnya:	Tanggal Perawatan:
Nama Terapis Sebelumnya:	Tanggal Perawatan:
Nama Terapis Sebelumnya:	Tanggal Perawatan:

Alasan untuk terapi sebelumnya:

Tanggal rawat inap psikiatris:

Silahkan centang setiap gejala yang Anda alami sekarang dan dulu:

Gejala	Sekarang	Dulu	Bagian ini untuk digunakan terapis
Fobia			
Memukul Orang Lain			
Makan Berlebihan			
Penyalahgunaan Obat atau Zat yang Berlebihan			
Muntah			
Korban Kejahatan			
Depresi			
<i>Mood Swings</i>			
Suka Mengemut Makanan			
Serangan Panik			
Sering Putus Hubungan			
Kesulitan Seksual			
Tidur Berlebihan			
Insomnia			
Infertilitas			
Kanker			
Berpikir tentang Kekerasan			
Cemas			
Asma			
Merusak Barang			
Penyakit Jantung			
Konflik di Rumah			
Kematian Kerabat / Teman			
Diabetes			
Masalah Finansial			
Sakit Kepala			
Cepat Marah			
Hilang / Masalah Pekerjaan			
Tidak Nafsu Makan			

Paranoia			
Suka Berpikir Irasional			
Berpikir untuk Bunuh Diri			
Mencoba Bunuh Diri			
Susah Konsentrasi			
Susah Mengingat			
Perilaku yang Tidak Wajar			
Pemikiran yang Tidak Wajar			
Lainnya:			

Nama dokter utama:

Telpon:

Tanggal terakhir periksa ke dokter:

Apa alasannya:

Obat-obatan yang digunakan sekarang (nama, dosis, frekuensi):

Alasan pengobatan:

Alergi sekarang:

Deskripsikan volume dan frekuensi penggunaan alkohol:

Deskripsikan volume dan frekuensi penggunaan narkoba (narkoba apa?):

Deskripsikan perawatan untuk narkoba atau alkohol:

Berapa banyak kafein yang Anda minum?

Silahkan tulis setiap kecelakaan, rawat inap dan masalah kesehatan lengkap dengan tanggalnya:

Silahkan tulis setiap keterbatasan fisik:

Jumlah total penahanan oleh pihak berwajib:

Untuk kejahatan apa?

Apakah Anda punya senjata?

Sejarah Keluarga

	Nama	Umur	Penggunaan Narkoba
Ayah			
Ibu			
Saudara Kandung			

Kota kelahiran:

Apakah orang tua Anda cerai?

Kapan?

Jika ada pelecehan fisik di keluarga Anda, silahkan deskripsikan:

Apa yang sulit tentang bertumbuh kembang di keluarga Anda?

Deskripsikan Ayah:

Deskripsikan Ibu:

Apa lagi lainnya yang perlu saya ketahui tentang Anda?

Investasi

Rp ~~2.500.000~~ GRATIS untuk 1 (satu) sesi konsultasi awal selama 60 - 120 menit *via online Zoom*.

No obligation whatsoever. Artinya, setelah Anda berkonsultasi, tidak ada kewajiban apa pun bagi Anda untuk mengambil program apa pun dari kami karena semua keputusan ada di tangan Anda.

Persetujuan

Saya setuju untuk berkonsultasi dengan *Advisor, Counselor & Coach* Aldian Prakoso dan memberikan otoritas kepada Aldian Prakoso untuk memberikan saran atau advis kepada saya.

Pembatalan

Pembatalan sesi konsultasi harus dilakukan minimal 24 jam sebelumnya. Jika tidak hadir ke sesi tanpa pembatalan maka sesi Anda tersebut hangus. Pembatalan kurang dari 24 jam juga akan menyebabkan sesi Anda tersebut hangus.

Disclaimer

Tidak ada keniscayaan atau kesembuhan seketika. Konsultasi bukanlah penyembuhan atau pemulihan jiwa. Jika ada indikasi atau gejala *personality* atau *mental disorder*, maka klien sebaiknya mendapatkan *Counseling & Coaching* untuk menyelesaikan masalah tersebut.

Disclosure

Data-data Anda TIDAK akan digunakan untuk tujuan lain, dan kerahasiaannya terjamin.

Nama dan Tanda Tangan Anda atau Wali yang Sah

Tanggal