

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
SİMAV SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU
ÖĞRENCİ DANIŞMANLIĞI FORMU

ÖĞRENCİNİN		FOTOĞRAF
Adı, Soyadı:	Telefon No:	
Okul No:	E-posta:	
Doğum Tarihi : / /	Bölüm- Sınıf :	

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ/GÖREVLİSİ
Unvanı :
Adı,Soyadı :
Bölümü :
İmzası :
İletişim adresleri (e-posta) :

GENEL BİLGİLER

Daha önce herhangi bir Fakülte/Yüksekokul okudunuz mu? Evet ise adını yazınız.
Bu bölüme isteyerek mi geldiniz?
Bu bölümü seçme nedeniniz nedir?
Şimdiye Kadar Nerede Yaşadınız? Ailemin Yanı Akraba Yanı Yurt/Yatılı Okulu Diğer:.....
Üniversite Eğitiminiz Süresince Nerede Yaşayacaksınız? Kalacağınız yerin adresi:
Şu Anda Burs Alıyor Musunuz? Evet ise kişi/kurum adını yazınız.
Burs almak için başvurduğunuz kurum ve kuruluşlar var mı? Evet ise kişi/kurum adını yazınız.
Ön lisans programı bitiminde kariyer düşünceniz nedir? DGS KPSS Özel Sektör Kendi İşim Diğer:.....
Şu anda çalışıyor musunuz ? Evet ise işiniz - aldığınız ücret nedir?
Önemli bir sağlık sorununuz var mı ? Varsa yazınız?
Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Varsa yazınız?
Bedensel engeliniz var mı ? Varsa oranı?
Alerjiniz var mı?
Kan grubunuz nedir?
İlgilendiğiniz sosyal faaliyetler (tiyatro, dans, müzik, spor) nelerdir?
Yer Aldığınız Herhangi bir etkinlik/kulüp var mı ?
İlgilendiğiniz alanlarda profesyonellik (lisans) var mı ? Evet ise hangi dal ?
Psikolojik bir rahatsızlığınız var mı ? İsteğinize bağlı olarak burada açıklayabilirsiniz.

Sürekli kullandığınız psikolojik ilaç var mı? İsteğinize bağlı olarak burada açıklayabilirsiniz.

AİLENİZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

	Anne	Baba
Adı Soyadı	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Vefat Etti	<input type="checkbox"/> Sağ <input type="checkbox"/> Vefat Etti
Yaşı		
Eğitim Durumu	<input type="checkbox"/> İlkokul Mezunu değil <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaöğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite	<input type="checkbox"/> İlkokul Mezunu değil <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Ortaöğretim <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Üniversite
İşi/Mesleği	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Emekli ve Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Emekli ve Çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Emekli ve Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor <input type="checkbox"/> Emekli ve Çalışıyor
Aylık Geliri	<input type="checkbox"/> 1800'den az <input type="checkbox"/> 1800-4000 <input type="checkbox"/> 4000'den fazla	<input type="checkbox"/> 1800'den az <input type="checkbox"/> 1800-4000 <input type="checkbox"/> 4000'den fazla
Sosyal Güvence	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Özel Sigorta
Anne Baba	<input type="checkbox"/> Beraberler <input type="checkbox"/> Ayrı yaşıyorlar <input type="checkbox"/> Boşandılar <input type="checkbox"/> Yeniden Evlendi	<input type="checkbox"/> Yeniden Evlendi
Anne ve Babanın Maaşları Dışında Başka Gelirleri Var Mı?		
Ailenizin Oturduğu Ev	<input type="checkbox"/> Kira (Lütfen Kira Miktarını Belirtiniz) <input type="checkbox"/> Kendi evimiz değil ama kira vermiyoruz <input type="checkbox"/> Lojman <input type="checkbox"/> Kendi evimiz	
Aileniz Yandakilerden Hangilerine Sahip ?	<input type="checkbox"/> Ev <input type="checkbox"/> Araba <input type="checkbox"/> Arsa <input type="checkbox"/> Dükkan <input type="checkbox"/> Arazi/Tarla <input type="checkbox"/> Diğer Diğer.....	
Kardeşleriniz		
Kardeşinizin Adı Soyadı	Eğitim Durumu Okulu/Sınıfı	Varsa Mesleği/İşi Geliri

Yukarıda verdiğim bilgilerin doğruluğunu ve bunlardan doğacak sorunluluğu kabul ettiğimi beyan ederim.
...../...../20..... İmza

KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
Simav Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü

Öğrenci Danışmanlığı Formu

Görüşme No:

Tarih :

Belirtilen Sorunlar ve Paylaşımlar :

>

>

>

>

>

Çözüm Önerileri ve Sonuç :

>

>

>

>

>

Görüşme No:

Tarih :

Belirtilen Sorunlar ve Paylaşımlar :

>

>

>

>

>

Çözüm Önerileri ve Sonuç :

>

>

>

>

>