

OBM UYGULAYICISINA YÖNLENDİRME FORMU

RİSK DEĞERLENDİRMESİ	
Adı soyadı	
TC kimlik	
Cinsiyeti	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>
Doğum tarihi (yıl)	
Devam ettiği okul ve sınıfı	
Okul başarısı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Okul değişikliği var mı?	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Sınıf tekrarı var mı?	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Okula devam düzeyi	Yüksek <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/>
Daha önce ruhsal destek aldı mı?	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Okul uyumu (davranışlar)	Yüksek <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Düşük <input type="checkbox"/>
BAĞIMLILIK DAVRANIŞLARI	
Sigara	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Alkol	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Uyuşturucu madde	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
RİSKLİ DAVRANIŞLAR	
İntihar düşünceleri	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
İntihar girişimi	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Okuldan kaçma davranışı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Evden kaçma davranışı	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Saldırgan davranışlar	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Riskli arkadaşlar	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
İstismar öyküsü	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Kesici delici alet taşıma	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>
Cinsel davranış sorunları	Yok <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/>