



## Confidential Client Questionnaire *Formulir Kuesioner Klien*

Please fill in this questionnaire at your own convenient time. Please make sure that all the given information is true/*Mohon untuk mengisi formulir ini senyaman mungkin, sesuai dengan kondisi Anda. Pastikan agar semua informasi yang diberikan adalah yang sebenarnya.*

Date/*Tanggal Mengisi*  Date/*Tanggal*:      Month/*Bulan*:      Year/*Tahun*:

### **BASIC INFORMATION/INFORMASI DASAR**

Full Name/*Nama Lengkap*

Date of Birth/*Tanggal Lahir*

Home Address/*Alamat Domisili*

Phone Number/*Nomor Telepon*

Mobile Phone Number/*Nomor Telepon Genggam*

Email Address/*Alamat Email*

Website

Number of Marriage(s)/*Jumlah Pernikahan Hingga Saat Ini*

Number of Divorce(s)/*Jumlah Perceraian Hingga Saat Ini*

Spouse's Name/*Nama Pasangan (Suami/Istri)*

Number of Children/*Jumlah Anak (Kandung dan Tiri)*

Child's Name/ <i>Nama Anak</i>	Age/ <i>Usia</i>


Employer/*Nama Perusahaan*

Current Job Position/*Posisi Pekerjaan*

Education & Credentials/*Pendidikan Terakhir*

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION/*INFORMASI KONTAK DARURAT***

Emergency Contact/*Nama Kontak Darurat*

Phone Number/*Nomor Telepon*

Relationship/*Hubungan*

**BACKGROUND INFORMATION/*INFORMASI LATAR BELAKANG***

Please describe your reasons for seeking treatment.  
*Mohon ceritakan alasan yang mendorong Anda untuk terapi.*


Please describe your current problems.  
*Mohon ceritakan masalah yang Anda hadapi saat ini.*


Please let us know your prior therapies (psychiatric/psychologist/psychotherapist) record (if any).  
*Mohon tuliskan terapi yang pernah Anda jalankan (apabila ada).*

Therapist's Name & Institution (Hospital/Clinic Name)/ <i>Nama Terapis &amp; Institusi (Nama RS/klinik)</i>	Treatment Dates (Year & Duration)/ <i>Tahun &amp; Lama Durasi Terapi</i>

Prior medicine(s) name(s) from psychiatrist (if any).  
*Nama obat yang pernah dikonsumsi sesuai dengan resep dari psikiater (apabila ada).*

Please describe your reasons for prior therapy(ies).  
*Mohon ceritakan alasan yang mendorong Anda untuk terapi saat itu.*

For each of the following, please check off current and past symptoms.  
*Mohon beri tanda dan penjelasan sesuai dengan kondisi Anda.*

Symptoms/Gejala	Current/Kini	Past/Dulu	Descriptions/Keterangan
Phobias/Fobia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hitting others/Memukul orang lain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overeating/Makan berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Excessive substance abuse/Penyalahgunaan zat yang berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vomiting/Muntah-muntah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Symptoms/Gejala</b>	<b>Current/Kini</b>	<b>Past/Dulu</b>	<b>Descriptions/Keterangan</b>
Victim of crime/Korban tindak kriminal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Depression/Depresi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mood swings/Perubahan mood	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ruminations/Perenungan yang berlebihan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Panic attacks/Serangan panik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Relationship breakup/Pemutusan hubungan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexual difficulties/Hambatan dalam seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oversleeping/Tidur terlalu lama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Insomnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Infertility/Kemandulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cancer/Kanker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gambling/Berjudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficulty relaxing/Kesulitan dalam beristirahat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sexual anxieties/Kecemasan seksual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Violent thoughts/Pikiran tentang kekerasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anxiety/Kecemasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma/Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Breaking things/Merusak barang-barang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cardiovascular disease/Penyakit kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conflicts at Home/Masalah di rumah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Death of Relative Friend/Kematian kerabat teman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Financial problems/Kesulitan keuangan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Headaches/Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Irritability/Mudah marah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Job problems-loss/Masalah-kehilangan pekerjaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Loss of appetite/Kehilangan nafsu makan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Paranoia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Racing thoughts/ <i>Pikiran datang bertubi-tubi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suicidal thoughts/ <i>Pikiran untuk bunuh diri</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Suicidal attempts/ <i>Percobaan bunuh diri</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trouble concentrating/ <i>Kesulitan konsentrasi</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Symptoms/ <i>Gejala</i>	Current/ <i>Kini</i>	Past/ <i>Dulu</i>	Descriptions/ <i>Keterangan</i>
Trouble remembering/ <i>Kesulitan mengingat</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unusual behavior(s)/ <i>Perilaku yang tidak wajar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unusual thought(s)/ <i>Pikiran yang tidak wajar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other/ <i>Lainnya:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Other/ <i>Lainnya:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## MEDICAL INFORMATION/*INFORMASI MEDIS*

Primary care physician's name/*Nama dokter medis untuk perawatan utama*

Phone number/*Nomor telepon*

Date last visit to doctor/*Tanggal pemeriksaan terakhir ke dokter*

Current medications (name, dosage, frequency)/*Obat yang dikonsumsi saat ini (nama, dosis)*



Reason for medication/*Alasan berobat*



Current allergy(ies)/*Alergi yang dimiliki saat ini*

Please describe the volume and frequency of any alcohol use.

*Mohon jelaskan seberapa banyak dan seringnya Anda mengonsumsi alkohol.*

Please describe the volume, frequency and the name of any drug use.

*Mohon sebutkan nama, seberapa banyak, dan seringnya Anda mengonsumsi obat-obatan.*

Please describe any treatment for drugs and alcohol.

*Mohon jelaskan perawatan yang telah Anda lakukan untuk mengatasi konsumsi alkohol dan obat-obatan yang berlebihan.*

How many cup(s) of coffee do you usually drink per day?

*Berapa banyak gelas biasanya Anda minum kopi dalam sehari?*

Please list all accident(s), hospitalization(s), and health problem(s), with dates or year.

*Mohon tuliskan semua kecelakaan, perawatan di rumah sakit, riwayat kesehatan yang pernah Anda alami, disertai dengan tanggal atau tahun perawatan.*

Please list any physical limitation(s).

*Mohon tuliskan keterbatasan fisik yang Anda miliki.*

Total number of arrest(s)/Jumlah pernah dipenjara

For what offenses?/Karena alasan apa?

Do you own a gun?/Apakah Anda memiliki senjata api?

How much time do you spend on your devices (such as phones, tablets, and video games), and include time spent on the Internet engaged with social media on a daily basis? Please provide information on how often you check your devices and give the average daily time spent occupied in this manner:

*Berapa banyak waktu yang Anda habiskan dalam menggunakan gadget Anda (contohnya handphone, tablet dan video game), dan berapa banyak waktu yang Anda habiskan dalam penggunaan internet untuk media sosial dalam sehari? Mohon sertakan informasi mengenai seberapa sering dan berapa lama Anda mengecek gadget Anda dalam sehari.*

**FAMILY HISTORY/LATAR BELAKANG KELUARGA**

Relationship/ <i>Hubungan</i>	Name/ <i>Nama</i>	Age/ <i>Usia</i>	Substance Use/ <i>Penyalahgunaan Zat</i>
Father			
Mother			
Stepfather			
Stepmother			
Sibling(s)			

Did your parents divorce?/*Apakah orang tua Anda bercerai?*

When?/*Kapan terjadinya?*

If there was physical abuse in your family, please describe.

*Apabila pernah terjadi kekerasan fisik dalam keluarga Anda, mohon ceritakan.*





What was hard about growing up in your family?

*Hal apa yang Anda rasa paling sulit saat Anda bertumbuh dari kecil hingga dewasa di dalam keluarga Anda?*


Describe your father/*Ceritakan tentang ayah Anda.*


Describe your mother/*Ceritakan tentang ibu Anda.*


What else should we know about you?/*Hal lain yang perlu kami ketahui tentang Anda.*




## REFERRAL INFORMATION (OPTIONAL)/ KETERANGAN TENTANG RUJUKAN (OPSIONAL)

Please let us know exactly how you were referred to or found us. This information helps us thank our sources and also it helps us to gauge the success of our marketing strategies that we have implemented. Fill out any portion of the questionnaire below that applies to you.

*Mohon beri tahu kami bagaimana Anda dirujuk atau menemukan kami. Informasi ini membantu kami berterima kasih kepada sumber/orang yang mereferensikan kami, serta juga membantu kami mengukur keberhasilan strategi pemasaran yang telah kami terapkan. Isi bagian mana pun dari kuesioner di bawah ini yang sesuai untuk Anda.*

A person referred me to you. Their name is:

*Seseorang mereferensikan Thera-In kepada saya. Namanya:*

Their relationship to me is/Hubungannya dengan saya adalah:

Friend/Teman

Relative/Kerabat

Business Associate/Rekan Kerja

Teacher/Guru

Health Professional (type and place)/Tenaga Kesehatan Profesional (tipe dan tempat)

Other (please specify)/Lainnya (mohon jelaskan)

They informed me through/Saya diberitahu melalui:

I found you through the internet/Saya menemukan Thera-In melalui internet.

I Googled on these terms/Saya mencari kata-kata berikut di Google:

I found your information on Instagram/Saya menemukan Thera-In melalui Instagram.

I found your information on website/Saya menemukan Thera-In melalui website:

I received an email from you about/Saya menerima email dari Thera-In mengenai:

I read an article you wrote about/Saya membaca artikel yang Thera-In tulis tentang:

Other (please describe)/*Lainnya (mohon jelaskan).*

  

  


## INVESTMENT AND COMMITMENT FOR YOURSELF/ *INVESTASI DAN KOMITMEN UNTUK DIRI ANDA SENDIRI*

Psychotherapy demands absolute commitment from you. It is a process and a journey. Jungian and Reichian method and therapy are based on unconscious approach which will take a relatively long process to truly transform and be a whole again.

*Psikoterapi membutuhkan komitmen kuat dari Anda. Ini adalah sebuah proses dan perjalanan. Metode somatikpsikospiritual dinamik dan terapi dari Reich, Masterson, Jung dan Assagioli yg merupakan integrative approach yang kami terapkan didasarkan pada pendekatan kepada alam bawah sadar yang akan memakan waktu relatif lebih panjang untuk benar-benar merasakan/melihat adanya perubahan/peningkatan dan menjadi utuh kembali.*

Are you willing to invest in money for yourself for better life?

*Apakah Anda bersedia untuk menginvestasikan uang untuk diri Anda dan kehidupan Anda yang lebih baik?*

Yes/*Ya*

No/*Tidak*

Are you willing to invest minimum 30 minute/day to work on yourself?

*Apakah Anda bersedia untuk menginvestasikan waktu minimal 30 menit per hari untuk diri Anda?*

Yes/*Ya*

No/*Tidak*

Are you willing to meet your therapist once a week to get optimum progress?

*Apakah Anda bersedia untuk menemui terapis hingga seminggu sekali untuk mencapai kemajuan yang optimal?*

Yes/*Ya*

No/*Tidak*

Are you willing to invest for yourself?

*Apakah Anda bersedia untuk berinvestasi untuk diri Anda?*

Yes/*Ya*

No/*Tidak*

Are you willing to commit to work long term?

*Apakah Anda bersedia untuk berkomitmen untuk waktu jangka panjang?*

Yes/*Ya*

No/*Tidak*

I hereby declare that the information I have written is the truth.

*Dengan ini saya menyatakan bahwa keterangan yang saya tuliskan adalah yang sebenarnya.*

Client/*Klien*,



Signature/*Tanda Tangan*

**Therapy Innovation**  
Psyche and Soma Counseling, Therapy, Coaching &  
Analysis  
Email: [yusa.therain@gmail.com](mailto:yusa.therain@gmail.com)  
WhatsApp: +62-815 1313 2485

---

Your Name/*Nama Anda*: