*OBRAZEC ZA PODATKE O TELEFONSKIH KLICIH*

*Naziv organizacije:*

Prosimo, izpolnite okenca v tabeli s podatki, ki jih zbirate v okviru vašega telefona za psihosocialno podporo. V kolikor katerih od podatkov ne zbirate, mesto v tabeli označite z znakom »/«. Na posameznih mestih v tabeli, vas prosimo, da poleg navedbe podatkov dopišete tudi številski podatek, ki ga navedite v oklepaju. Če številskega podatka nimate, navedite le opisni podatek in dopišite oklepaj (/).

|  |  |
| --- | --- |
| **Vrsta podatka** |  |
| Časovno obdobje zbiranja podatkov *( vnesite datumsko, npr. od 1.1. do 31.1.)* |  |
| Število klicev |  |
| Trajanje klica *(navedite: povprečno dolžino klica, čas najkrajšega in najdaljšega klica)* |  |
| Kje je klicatelj/klicateljica izvedel/-a za vašo telefonsko podporo *(ob vsakem viru informacij navedite delež)* |  |
| Koliko klicateljev/klicateljic je na vaš telefon klicalo prvič, drugič oz. večkrat? *(navedite delež klicateljev/klicateljic za vsako vrsto klica)* |  |
| Spol klicatelja/klicateljice *(navedite delež glede na spol)* |  |
| Starost klicatelja/klicateljice *(navedite delež za vsako starostno skupino)* |  |
| Gospodinjstvo klicatelja/klicateljice – npr. živi sam/-a, s partnerjem/partnersko *(navedite delež za vsako obliko gospodinjstva)* |  |
| Zaposlitev/šolanje klicatelja/klicateljice – npr. zaposlen/-a, upokojen/-a, študent/-ka *(navedite delež)* |  |
| Kakšni so razlogi/vzroki za klic na vaš telefon? *(navedite delež za vsak razlog/vzrok klica)* |  |
| Ali klicatelj/klicateljica kliče zase ali za drugo osebo? *(navedite delež)* |  |
| Ali klicatelj/klicateljica poroča, da ima diagnosticirano duševno motnjo? *(navedite delež)* |  |
| Kakšne težave v duševnem zdravju klicatelji/klicateljice zaznavajo pri sebi v času epidemije? *(navedite delež ali jih razporedite od najpogostejših do najredkejših)* |  |
| Prosimo, navedite podatke o zaznanih težavah klicateljev/klicateljic na sledečih področjih: |  |
| * Medosebni odnosi: |  |
| * Šolanje/vzgoja: |  |
| * Zdravje: |  |
| * Delo/materialne težave: |  |
| * Drugo: |  |
| Prosimo, vpišite podatke, ki bi jih še želeli navesti. |  |

Datum izpolnjevanja obrazca:

Podpis: