



MEDIĀCIJA UN ADR

Projekts „Ģimeņu samierināšanas veicināšana un mediācijas efektivitātes paaugstināšana Rīgas bāriņtiesā”

KONFIDENCĀLĀS INTERVIJAS ANKETA
Rīgas bāriņtiesa / _____

Vecāku vārds, uzvārds	Bērnu vārds, uzvārds, dzimšanas datums
	___/___/___
	___/___/___
	___/___/___

Vecāku attiecību sākuma datums: ___/___/___

Vecāku attiecību beigu datums: ___/___/___

Vecāku attiecību statuss:

Precējušies _____ Šķīrušies _____ Nav bijuši precēti _____ Ir dzīvojuši kopā _____

Jūsu vārds, uzvārds _____

vecums _____

Jūsu attiecības ar bērnu: Tēvs _____ Māte _____ Cits _____

Adrese: _____

Telefons _____

ATTĀLUMS STARP VECĀKU MĀJĀM (laiks vai km)

JŪSU NODARBOŠANĀS _____

JŪSU IZGLĪTĪBA _____

CITI CILVĒKI, AR KO JŪS DZĪVOJAT KOPĀ (vārds, radniecība vai attiecības, vecums)

CITAS LAULĪBAS / ATTIECĪBAS (Dzīvesbiedra vārds/datums)

JŪSU BĒRNI NO CITĀM ATTIECĪBĀM (Vārds, vecums, ar ko dzīvo kopā)

Vai iepriekš jau ir tikusi izmantota mediācija? _____

Kad? _____ Ar ko? _____

KONFIDENCĀLĀS INTERVIJAS ANKETA

(NERĀDIET SAVU ANKETU OTRAI PUSEI)

Nr		Jā	Nē
	Mediācija parasti notiek visām pusēm vienā laikā atrodoties vienā telpā. Vai Jūs saskatāt kādus riskus, esot mediācijā kopā ar otru pusi vienā telpā?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jums ir kādas šaubas, domājot par savu emocionālo un/ vai fizisko drošību, esot vienā telpā ar otru pusi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jums ir kādas bažas, domājot par bērna(u) emocionālo un vai fizisko drošību, esot pie kāda vecākiem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūsu ģimene jebkad ir nonākusi kādu institūciju (piem., bāriņtiesa, sociālais dienests, policija, utt) redzeslokā saistībā ar jautājumiem par vardarbību vai bērnu novārtā pamešanu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jums ir bijušas bažas par to, ka Jums varētu tikt liegta vai ierobežota saskarsmes tiesība vai iespēja piedalīties bērna audzināšanā?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūsu vai otras puses ģimenē ir bijuši psihisko slimību vai nopietnu garīgu traucējumu gadījumi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jums ir kādas bažas saistībā ar alkohola vai citu apdullinošos/apreibinošo vielu lietošanu ģimenē?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai abu vecāku starpā jebkad ir notikusi fiziska konfrontācija (piem., grūstīšanās, ieplaukāšana, sišana, utt.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai otra puse kādreiz Jums ir draudējusi liegt vai ierobežot iespēju būt kopā ar bērnu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūs kādreiz esat lūdzis(-gusi) policijas vai citu tiesībsargājošo iestāžu palīdzību, baidoties no iespējamās vardarbības, vai lūdzot palīdzību vardarbības gadījumā?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūs jūtaties droši, tiekoties ar otru pusi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūs bijāt līdzvērtīgi partneri Jūsu attiecībās?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūs jūtaties gatavs (gatava) sadarboties ar otru pusi, lai izstrādātu jaunu plānu, kā būt vecākiem pēc šķiršanās? Ja nē, īsumā aprakstiet, kāpēc _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vai Jūs jūtaties droši, atbildot uz šiem jautājumiem? Ja nē, īsumā aprakstiet, kāpēc _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>