|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма направления |  | **Имя :** | Фамилия, Имя |  | **Число:** | MM/ДД/ГГГГ | |  | |
|  | **Адрес:** | Для ввода текста нажмите здесь |  | **Город:** | Для ввода текста нажмите здесь | |  | |
|  | **Тел.:** | (xxx) xxx-xxxx |  | **Адрес электронной почты:** | xxxxxxxx@email.com | |  | |
|  |  |  |  |  |  | |  | |
|  | **Лучшее время для звонка?** (поставьте "X" рядом с ответом) | | | | | | |  |
|  |  | Утро: 8 - 12 |  |  | |  | |  |
|  |  | После полудня: 12 -5 |  |  | |  | |  |
|  | **Как зовут человека, которого вы рекомендуете для льготного амбулаторного лечения?** | | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  | **Кем вы приходитесь этому человеку?** | |  |  | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  | **Почему вы рекомендуете этого человека для программы льготного амбулаторного лечения?** | | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  | **Получает ли этот человек медицинскую психологическую или психиатрическую помощь?** (поставьте "X" рядом с ответом) | | | | | | |  |
|  |  | Да |  |  | |  | |  |
|  |  | Нет |  |  | |  | |  |
|  |  | Если да, пожалуйста, сообщите имя и контактную информацию лица, предоставляющего данную помощь. | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Подробности о данном человеке:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Назовите его/ее сильные стороны.* | | | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Какие у него/нее интересы и хобби?* | | | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Что пугает и успокаивает данного человека?* | | | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Анамнез психологического или психического лечения**: | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Анамнез психиатрического лечения внутри общины (предоставьте даты, контактные данные и детали).* | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *История психиатрических госпитализаций (предоставьте даты, контактные данные и детали).* | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | **Поведение, вызывающее беспокойство:** | |  |  | |  | |  |
|  |  | *Угрозы, попытки, насильственные действия по отношению к себе?* | | | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Угрозы, попытки, насильственные действия по отношению к другим?* | | | |  | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  | *Взаимодействие с блюстителями закона (звонки в полицию, аресты)?* | | | | | |  |
|  |  | Для ввода текста нажмите здесь | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  | \* Пожалуйста, обратите внимание, что сотрудник центра психологической помощи взрослым (AOT) свяжется с вами для обсуждения данной информации в течение одного (1) рабочего дня. | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  |