

KARTA INFORMACYJNA PLACÓWKI

Nazwa i adres placówki		
Informacja o posiadanych programach terapii:		
A/ Dla pacjentów z „podwójną diagnozą” ¹ a/ tak b/ nie	B/ Dla sprawców przemocy ¹ a/ tak b/ nie	
C/ Dla uzależnionych od Internetu, hazardu, seksu, pracy. ¹ a/ tak b/ nie	D/ Dla pacjentów w zaawansowanym wieku, z uszkodzeniami cun, z zaburzeniami mowy i słuchu. ¹ a/ tak b/ nie	
E/ Dla pijących szkodliwie. ¹ a/ tak b/ nie	F/ Dla młodzieży uzależnionej ¹ a/ tak b/ nie	

¹ Proszę podkreślić właściwe. W przypadku odpowiedzi „TAK”, proszę o załączenie opisu programu, terminów i warunków przyjęć.

Informacja o terminach oczekiwania na wizytę pierwszorazową

Dni i godziny przyjęć pacjentów pierwszorazowych	Zasady rejestracji, limity ilości pacjentów	Czas oczekiwania od rejestracji do terminu wizyty	Czas oczekiwania na wejście do grup terapeutycznych od zakończenia kontaktu wstępnego (diagnostycznego)	Dodatkowe informacje

Aktualnie mamy możliwość przyjęcia do terapii (bez oczekiwania w kolejce) następujących grup pacjentów:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Tel. Kontaktowy (udzielanie informacji szczegółowych na ten temat):

Data wypełnienia ankiety:.....

Czytelny podpis kierownika lub osoby upoważnionej.....

