

Augustów, dnia roku

Dane osoby składającej wniosek:

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

**Miejska Komisja Rozwiązywania
Problemów Alkoholowych w Augustowie
ul. Karola Brzostowskiego 2
16 – 300 Augustów**

Proszę o skierowanie na leczenie odwykowe:

☐
imię, nazwisko

☐
imiona rodziców

☐
data i miejsce urodzenia

☐ ul., 16-300 Augustów
adres

☐
stan cywilny (imię współmałżonka, konkubenta/konkubiny, partnera/partnerki *)

☐
ilość dzieci , imiona i wiek

☐
czy współmałżonek, konkubent/konkubina, partner/partnerka pracuje i gdzie *

☐
ile razy była w Izbie Wytrzeźwień

☐
czy była karana

☐
czy w rodzinie ktoś pił nadmiernie

1. Od ilu miesięcy/ lat nadużywa alkoholu i jak często pije?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. Jak osoba zgłoszona na leczenie odwykowe zachowuje się pod wpływem alkoholu?
(czy były interwencje Policji, czy w rodzinie jest prowadzona procedura „Niebieskiej Karty”)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3. Czy pracuje (miejsce zatrudnienia) i łoży na utrzymanie rodziny?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Czy kiedykolwiek podejmował/ła* leczenie odwykowe? Jeżeli tak to w jakiej formie
(leczenie stacjonarne, niestacjonarne, bądź uczestnictwo w grupach AA)?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. Inne powody zgłoszenia w/w do podjęcia leczenia odwykowego?

.....

.....

.....

.....
.....

.....
podpis osoby składającej wniosek

* niepotrzebne skreślić