|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |
|  |  |  |  |  |  |  |   |