KORZYSTANIE Z OFERTY LECZENIA I WSPARCIA Załącznik Nr. 5
dotyczy okresu od ostatniego badania

DANE OSOBOWE

1.IMIĘ I NAZWISKO : ……..

2. ADRES: ……

…….

3. TELEFON: ……

4. PŁEĆ K M

5. DATA URODZENIA: …….

6. WIEK: ……

7. WYKSZTAŁCENIE :…….

8. STAN CYWILNY: ……

9. ŹRÓDŁO UTRZYMANIA: ……

10. GRUPA INWALIDZKA I ŚWIADCZENIA RENTOWE (OD KIEDY):

……..……

…….. ……..

……..

11. ŚREDNI MIESIĘCZNY DOCHÓD …….

12. LICZBA OSÓB ZAMIESZKUJĄCYCH WSPÓLNIE : ……..

LECZENIE

13. CZY KORZYSTASZ REGULARNIE Z AMBULATORYJNEJ OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ?

Tak : …… Nie

14. LICZBA HOSPITALIZACJI DZIENNYCH ……

Czas trwania hospitalizacji: ……

15. LICZBA HOSPITALIZACJI CAŁODOBOWYCH

Czas trwania hospitalizacji: ……

16. Z JAKIEJ PLACÓWKI LECZNICTWA PSYCHIATRYCZNEGO KORZYSTASZ OBECNIE (I OD ILU MIESIĘCY)

…….

……..

22. CZY PRZYJMUJESZ REGULARNIE LEKI przepisane przez psychiatrę (jeśli tak to jakie)

Tak: …….

Nie

23. JAKIE SĄ TWOIM ZDANIEM SŁABE PUNKTY W LECZENIU PSYCHIATRYCZNYM Z KTÓREGO OBECNIE KORZYSTASZ?

……..

……..

……..

KORZYSTANIE ŚRODOWISKOWY PROGRAM WSPARCIA TAK NIE

24. JAK TRAFILEŚ/TRAFIŁAŚ DO PROGRAMU: ……

……..

25. OD ILU MIESIĘCY UCZESTNICZYSZ W PROGRAMIE?

……..

26. Z JAKICH OŚRODKÓW LUB PROGRAMÓW WSPARCIA KORZYSTASZ OBECNIE (OD ILU MIESIĘCY) :

A…….

B……..

C…….

D…….

E. ……..

27. ILE RAZY W TYGODNIU KORZYSTASZ Z OŚRODKÓW LUB PROGRAMÓW?

A…….

B……..

C…….

D…….

E. ……..

29. CO DAJE CI UCZESTNICTWO W PROGRAMIE

……..

……

……..

30. JAKIE SĄ TWOIM ZDANIEM SŁABE PUNKTY PROGRAMU?

……..

……

……..

31. CZY KORZYSTASZ Z PROGRAMU AKTYWIZACJI ZAWODOWEJ/PRACUJESZ

TAK: (rodzaj programu, od kiedy LUB miejsce pracy, od kiedy pracuje):

…….

……..

…….

32. CZY TWOI BLISCY (CZŁONKOWIE RODZINY) KORZYSTAJĄ ZE WSPARCIA:

TAK (od kiedy, jak często, rodzaj wsparcia):

……

……

……

33. UWAGI

……

……

……

……

Data: …… Wypełnił: …….