

SÕLTUVUSRAVIPLAAN

SÕLTUVUSRAVI SAAJA

Ees- ja perekonnanimi
Isikukood
Elukoht
Sidevahendite andmed
Sõltuvusravi eesmärk

SÕLTUVUSRAVI TEGEVUSED

Meditsiiniline seisund ja vajalikud sekkumised

	Sõltuvusega seotud	Muud psühhiaatrilised	Muud meditsiinilised
Hinnang			
Tegevused/ tähtajad			
Teostaja(d)			

Psühholoogiline seisund ja vajalikud sekkumised

	Psühholoogilised kriisid	Isiksus	Muud
Hinnang			
Tegevused/ tähtajad			
Teostaja(d)			

Sotsiaalne seisund ja vajalikud sekkumised

Hinnang	
Tegevused/ tähtajad	
Teostaja(d) ja teostamise koht	

SÕLTUVUSRAVI OSUTAJA

Sõltuvusravi osutaja (<i>nimi, registrikood</i>)
Sõltuvusravi osutamise vorm (<i>statsionaarne või ambulatoorne narkomaania ravi / rehabilitatsiooniteenus narkomaania ravi ajal või selle järel</i>)
Aadress, postii indeks
Telefon, e-post
Sõltuvusraviplaani täitmise koordineerija (<i>nimi, amet</i>)

SÕLTUVUSRAVIPLAANI KINNITAMINE

Sõltuvusravi saaja (<i>nimi, allkiri, kuupäev</i>)
Sõltuvusravi meeskond (<i>nimi, amet, allkiri, kuupäev</i>)