



A COMPLETELY FREE &
CONFIDENTIAL SERVICE

REJON FUNDUSZU POŁUDNIOWEGO (SOUTHERN TRUST AREA)

STEP 2 DRUG AND ALCOHOL SERVICE PARTNERSHIP

Formularz skierowania do leczenia 2. stopnia (Step 2)

Osoba kierująca: (zakreśl)

Osoba uzależniona Organizacja Członek rodziny Znajomy/przyjaciół CAT

Data skierowania: _____

Czy osoba skierowana wyraziła zgodę?* Tak / Nie

Uwaga: Dane podane poniżej zostaną przekazane organizacjom Step2 Partnership, w tym Inspire Addiction Services, ASCERT, Dunlewey Addiction Service i Extern.

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres	
Kod pocztowy	
Numer telefonu	
Adres e-mail	

Rodzaj(e) substancji (zakreśli) alkohol marihuana kokaina
heroina

Inne _____

Ilość / Jak dużo _____ na dzień na tydzień na miesiąc
(zakreśl)

Punktacja AUDIT:

Problemy zdrowotne

LDQ: Alkohol

Tak / Nie

LDQ: Narkotyki

Problemy psychiczne

Tak / Nie

Dane lekarza rodzinnego: (jeśli znane)

Nazwa przychodni	
Adres	
Numer telefonu	

Osoba kierująca:

Imię i nazwisko	
Organizacja (jeśli dotyczy)	
Adres	
Telefon	
E-mail	
Jak dowiedziałeś/-aś się o Step2 Partnership?	
Potrzebny tłumacz?	Tak / Nie
Język	

Dodatkowe uwagi: np. czynniki ryzyka

Wypełnił(a): _____

Nr ref. S2P:**Step2 Partnership**

Wyślij skierowanie na adres Step2Partnership@dunlewey.org Lub zadzwoń:
 Katrina 07591 834 468 / Christine 028 9039 2547



Polish - Step2D&A Family Referr:



Project supported by the PHA