



A COMPLETELY FREE &  
CONFIDENTIAL SERVICE

**РАЙОН ЮЖНОГО ЦЕЛЕВОГО ФОНДА  
ПАРТНЕРСТВО «STEP 2», ПРЕДЛАГАЮЩЕЕ УСЛУГИ ПО  
БОРЬБЕ С НАРКОТИКАМИ И АЛКОГОЛЕМ**

**Услуга Step 2 Форма направления**

**Информация о направлении: (обведите нужное)**

Самообращение    Организация    Родственник    Друг    Местная команда по  
борьбе с зависимостью (CAT)

Дата направления: \_\_\_\_\_

Получено ли согласие пользователя услугой\*: Да    /    Нет

Примечание: Информация ниже будет передана членам Партнерства «Step 2»,  
включая «Inspire Addiction Services», ASCERT, «Dunlewey Addiction Service» и «Extern».

<b>Имя</b>	
<b>Дата рождения</b>	
<b>Адрес</b>	
<b>Почтовый индекс</b>	
<b>Номер телефона</b>	
<b>Адрес эл. почты</b>	

Психоактивное(-ые) вещество(-а) (обвести нужное)    Алкоголь    Марихуана  
Кокаин    Героин

Другое(-ие) \_\_\_\_\_

Количество/ Сколько раз \_\_\_\_\_ в день в неделю в  
месяц (обвести нужное)

**Баллы по тесту AUDIT:** Самооценка LDQ: Алкоголь

Самооценка LDQ: Наркотики

Проблемы со здоровьем Да / Нет

С психическим здоровьем Да / Нет

**Данные о враче и поликлинике (GP):** (если известны)

<b>Поликлиника (GP)</b>	
<b>Адрес</b>	
<b>Номер телефона</b>	

**Кем направлен(-а):**

<b>Имя</b>	
<b>Организация (если применимо)</b>	
<b>Адрес</b>	
<b>Телефон</b>	
<b>Эл. почта</b>	
<b>Как вы узнали о Партнерстве «Step 2» (S2P)?</b>	
<b>Нужен ли переводчик?</b>	Да / Нет
<b>Язык</b>	

**Примечания: например, факторы риска**

Заполнено (имя): \_\_\_\_\_

**Справочный № S2P:**  
**«Step 2»**

**Партнерство**

Просим вас отослать форму направления по адресу  
[Step2Partnership@dunlewey.org](mailto:Step2Partnership@dunlewey.org) Вместо этого можете позвонить: Катрине  
07591 834 468 / Кристине 028 9039 2547



Project supported by the PHA