

.....
Wołomin, dnia.....

Imię i nazwisko Pacjenta/-tki

KONTRAKT TERAPEUTYCZNY

Dotyczący uczestnictwa w programie terapii uzależnienia od alkoholu w Oddziale Dziennym

Podejmując decyzję o leczeniu z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych (skype, telefon) zobowiązuję się do:

1. Zachowania całkowitej abstynencji od wszystkich substancji psychoaktywnych: alkoholu, narkotyków, leków

Zażywane leki należy skonsultować z tutejszym lekarzem;

2. Codziennego i aktywnego uczestniczenia w zajęciach oraz wykonywania zaleceń terapeutycznych;
3. Stosowania się do zasad pracy grupy terapeutycznej;
4. Zgłaszania terapeutom wszelkich trudności związanych z przebiegiem zajęć oraz utrzymywaniem abstynencji.

Zgadzam się na kontaktowanie się personelu Oddziału Dziennego z następującymi osobami:

.....
Wyrażam zgodę na informowanie grupy o przyczynach moich ewentualnych nieobecności i o ewentualnym przerwaniu abstynencji na czas pobytu w Oddziale.

Zespół terapeutyczny zobowiązuje się do służenia wiedzą, doświadczeniem i pomocą terapeutyczną.

.....
W imieniu Oddziału

.....
Podpis Pacjenta/-ntki