



CENTRE FOR COUNSELLING & THERAPY  
CENTRUM KONSULTACYJNO TERAPEUTYCZNE

Date of referral: Data wydania skierowania: ...../...../.....

Referral for: (Please tick)

- Counselling / Konsultacja indywidualna
- Therapy group / Terapia grupowa

Please tick to confirm:

- Confidentiality explained / Ochrona Danych Osobowych wyjaśniona
- Consent Form Attached / Formularz Zgody załączony

Client Name / Imię i nazwisko: .....

Date of Birth / Data urodzenia: ...../...../.....

Address / Adres: .....

.....

Contact No / Numer kontaktowy: .....

Gender / Płeć: .....

Ethnic Origin / Pochodzenie etniczne (urodzony/a): .....

Family status: (include dependent children) / Status rodzinny:(włącznie z posiadanyimi dziećmi)

.....

.....

Reason for referral / Powód wydania skierowania:

Current Drug Use (details)/Obecnie Pacjent używa następujących środków (proszę wypisać wszystkie):

Previous Detox Rehab Treatment:Informacje o poprzedniej terapii odwykowej:

Motivation at present: Motywacja Pacjenta:

Physical Health Needs/Mental health needs: (Please detail)  
Potrzeby fizyczne/zdrowotne Pacjenta:(Proszę wypisać wszystkie)

Medication prescribed: (include dose)  
Leki zapisane Pacjentowi (Proszę wyszczególnić wszystkie włącznie z dzienną dawką)

GP/Clinic details: Dane kontaktowe lekarza rodzinnego/kliniki

Ph / Telefon:

Legal Issues (Please detail current charges/orders)  
Problemy natury prawnej (Proszę wyszczególnić wszystkie oskarżenia i wyroki)

Pending Court date(s) / Sprawy sądowe w toku -prosze podać datę(y):

Probation officer details / Dane Kuratora:

Family Involvement/Significant others: (Please detail including contact number)  
Stan zaangażowania najbliższej rodziny lub innych osób ważnych dla Pacjenta (Proszę podać jak najwięcej informacji włącznie z numerami kontaktowymi)

Referral Agent: Agent referujący: .....

Contact Name/Keyworker / Dane osoby nadzorującej: .....

Phone / Telefon:

Length of contact with client: Okres kontaktu z Pacjentem:

**Referral form completed by / Powyższe skierowanie zostało wypisane przez**

.....  
**Date/ Data...../...../.....**

**Outreach staff will make contact with you within 3 days of receipt of the referral form to arrange an appointment to meet with you.**

**Wykwalifikowany personel skontaktuje się z Tobą w ciągu 3 dni od dnia wpłynięcia formularza skierowania, aby umówić się z Tobą na spotkanie.**