



CKU - Centre for Counselling and 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:.....

AddressAdres:.....

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:(Please detail)

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:

Telefon:

Length of contact with client: Okres kontaktu z Pacjentem:

Referral form completed by / Powyższe skierowanie zostało wypisane przez

Date: _____

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.