**Žádost o poskytnutí služby následné péče**

**Žadatel**

|  |
| --- |
| Jméno a příjmení: |
| Datum a místo narození: |
| Rodné číslo: | Rodinný stav: |
| Trvalá adresa: | PSČ: |
| Kontaktní adresa | PSČ: |
| Telefon:  | Email: |
| Návykové látky/ návykové činnosti[[1]](#footnote-1): |
| Současné léčebné zařízení/datum nástupu do něj: |
| Datum, odkdy jste v léčbě[[2]](#footnote-2): |
| Datum předpokládaného ukončení léčby[[3]](#footnote-3): |
| Požadovaný datum nástupu: |
| Jak často budete službu využívat:* Denně od ----- do -----

Nepravidelně po předchozí domluvě |

**Kontaktní osoba**

|  |  |
| --- | --- |
| Jméno a příjmení: | Vztah k žadateli: |
| Telefon: | Email: |
| Jméno a příjemní | Vztah k žadateli |
| Telefon: | Email: |
| Opatrovník, je-li žadatel omezen ve způsobilosti k právním úkonům |
| Jméno a příjemní: | Veřejný/Soukromý |
| Telefon: | Email: |

**Žádám o poskytnutí služby následné péče ze strany Reversal, z. ú., IČ: 21968705**

Označte, o kterou formu služeb následné péče žádáte:

🞏 o denní ambulantní strukturované programy

🞏 o ambulantní služby před zahájením programu

Datum: Podpis:

Přiložte prosím přílohou:

· Podrobný životopis, vlastnoručně napsaný pro tento účel (zaměřený na závislost).

· Doporučení terapeutického týmu zařízení, v němž absolvujete současnou léčbu.

**Na základě této žádosti Vás pozveme ke vstupnímu rozhovoru.**

1. Např. pervitin, heroin, alkohol, patologické hráčství apod. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nyní jste např. v TK, kam jste přešel/přešla z léčebny, zde tedy napište datum nástupu do léčebny, ne do TK. [↑](#footnote-ref-2)
3. Shoduje-li se s datem ukončení léčby, nevyplňujte. [↑](#footnote-ref-3)