



SUUNAMISVORM SÕLTUVUSPROBLEEMIGA KLIENDILE LSV TEENUSELE

Suunamise kuupäev	
Suunav organisatsioon	
Suunaja nimi	
Suunaja kontakttelefon	
Suunaja e-maili aadress	

Ellujääja info

Nimi	
Sünnikuupäev	
Sugu	

Ellujääja kontaktandmed

Aadress	
Telefoni number	
E-maili aadress	

Märkige ohutud/eelistatud meetodid, kuidas ühendust võtta

- Telefonikõne
- Tekstsõnum
- Hääl sõnum
- E-post

Kui helistamine on ohutu, märkige helistamise aeg/päevad:

Vägivallatsejana tuvastatud isik

Nimi	
Sünniaeg	
Sugu	







Address	
Seos ellujääjaga	

Hiljutise LSV juhtumi üksikasjad

Kuupäev, mil juhtum aset leidis	
Mis ajal see toimus?	
Kus see toimus?	
Juhtumi vägivalda liik	
Kas juhtum põhjustas füüsilisi vigastusi?	
Kas sellest teatati politseile?	
Kui „jah”, Mis jaoskonda ja kes oli ametnik?	
Kas juhtumi järel vajati arstiabi?	
Kui „jah”, Millises tervishoiuasutuses/haiglas?	
Kas kaasatud oli ka teisi asjakohaseid asutusi? (sotsiaalteenused, lastekaitse jne)	
Kui „jah”, Milliseid neist ja kuidas neid kaasati?	

Teised seotud asutused/teenused

 Kas praegusel hetkel on kaasatud muid teenuseid (kas viimase juhtumiga või üldiselt)? Millised?	
 Kas on suunatud teistesse ametitesse? Missugustesse?	

