



## SUUNAMISVORM SÖLTUVUSPROBLEEMIDEGA LSV KLIENDILE

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

### Ellujääja info

Nimi	
Sünnikuupäev	
Sugu	

### Ellujääja kontaktandmed

Address	
Telefoni number	
E-maili aadress	

### Ellujäänu hädaabi kontaktisik

Nimi	
Hädaabikontakti seos ellujäänuga	
Telefoni number	
E-maili aadress	





### Suunamise põhjus:

### Ainete tarvitamine

Aine	Viimati kasutas (kuupäev)	Kasutatud päevade arv viimase 30 päeva jooksul	Keskmine kasutatud päevane kogus	Vanus esmakordsel kasutamisel
Tubakatooted				
Alkohoolsed joogid				
Kanep				
Kokaiin				
Retsepti stimulandid				
Metamfetamiin				
Inhalaatorid				
Rahustid või unerohud				
Hallutsinogeenid				
Tänavapioidid				
Retsepti opioidid				
Muu – täpsustage:				

### Sõltuvusravi ajalugu

Kas olete varem ainete tarvitamise tõttu ravi saanud?

Jah  Ei

**Kui jah,**

Mis asutuses?

Mis kuupäevadel?

Kas lõpetasite programmi?

