

Formular i aplikimit

Emri _____ Mbiemri _____ Adresa _____

Qyteti _____ Data e lindjes _____ Emri i babës _____

Emrat e anëtarëve të familjes _____

A je i martuar? /Në qoftë se po, emri i gruas _____

Numri i telefonit kontaktues (personal / prindërve/shokut) _____

A ke anëtarë tjerë në familjes që kanë varësi droge? _____

Në qoftë se po, kush jan ata? _____

Si janë raportet e tua me familjen tënde? _____

Kur ke filluar të konsumosh drogë? _____

Çfarë lloj droge ke përdorur? _____

A ke qenë në mjekim më herët? _____ Në qoftë se po, tek kush? _____

Adresa e mjekut _____ Nr. tel. _____

Që sa kohë je në mjekim? _____ A je duke përdorur medikamente? _____

Cilat janë ato? _____

A ke ndonjë sëmundje (hepatit apo tjetër)? _____ Cilat? _____

A e pin duhanin? _____ Sa cigare në ditë? _____

A ke qenë në burg? _____ Për çfarë arsye? _____

Sa herë ke qenë në burg? _____ Sa gjatë? _____

A je nën hetime të policisë mentalisht _____? Në qoftë se po, për çfarë arsye? _____

A ke qenë në ndonjë tjetër qendër rehabilitimi? _____ Nese po, ku? _____

Për sa kohë? _____

Si je informuar për STREHËN? _____

Pse je i interesuar me marrë pjesë në programin e STREHËS? _____

Interesimi për pjesëmarrje në terapi në STREHË, a është me vetdëshirë apo nga presioni i dikujt tjetër? _____

Me nënshkrimin tim konfirmoj se të gjitha shënimet janë të sakta dhe pajtohem që STREHA mund t'i konfirmoj tek familja ime, tek mjeku ku jam në trajtim apo tek policia.

Vendi _____; Data _____; Nënshkrimi _____