

**ФОРМА СОГЛАСОВАННОГО ПЛАНА ТЕРАПИИ**

Фамилия пациента: \_\_\_\_\_ № истории болезни/амб. карты: \_\_\_\_\_  
 Отделение: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_ Фамилия(и) профессионала(ов): \_\_\_\_\_

*С клиентом достигнуто соглашение по поводу следующих решений:*

**Терапия будет направлена на следующие проблемные области:**

- Физическое здоровье     Алкоголь     Наркотики     Медикаменты  
 Психическое здоровье     Семья и взаимоотношения     Закон  
 Обучение и образование     Работа и трудоустройство     Финансы  
 Организация досуга     Жильё     Отношение родных и близких  
 Другие проблемы ( \_\_\_\_\_ )

**Терапия будет проводиться:**

- Стационарно  
      в данном стационаре  
      в другом, а именно: \_\_\_\_\_  
 Полустационарно  
      в дневном стационаре данного учреждения  
      в другом полустационаре, а именно: \_\_\_\_\_  
 Амбулаторно  
      в данном учреждении  
      в другом учреждении, а именно: \_\_\_\_\_

**Минимальный срок терапии:** \_\_\_\_\_ дней

**Частота встреч с терапевтом:**

- В течении первой недели терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю,  
 В течение второй недели терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю  
 В течение третьей недели терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю  
 В течение четвертой недели терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю  
 В течение второго месяца терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю, \_\_\_\_\_ раз в месяц  
 В течение третьего месяца терапии: \_\_\_\_\_ раз в неделю, \_\_\_\_\_ раз в месяц  
 В последующем ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ раз в неделю, \_\_\_\_\_ раз в месяц

**Пациент и терапевт хотят достичь следующих целей:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Пациент \_\_\_\_\_ (подпись)      Терапевт \_\_\_\_\_ (подпись)