

ФОРМА ОБЩЕГО ПЛАНА ТЕРАПИИ

Фамилия пациента: _____ № истории болезни/амб. карты: _____ Отделение: _____ Дата: _____ Фамилия координатора
 терапии: _____

Согласовано с (фамилии специалистов) _____

Проблемная область	Цели терапии					Терапевтические вмешательства	Ответственные				
	1	2	3	4	5		Вр	Пт	Пс	Мс	Ср
Физическое здоровье											
Алкоголь											
Наркотики											
Медикаменты											
Другие проблемы (_____)											
Психическое здоровье											
Семья и взаимоотношения											
Закон											
Обучение и образование											
Работа и трудоустройство											
Финансы											
Организация досуга											
Жильё											
Отношение родных и близких											

Врач (Вр) _____ Психотерапевт (Пт) _____ Психолог (Пс) _____

Медсестры (Мс) _____ Социальный работник (Ср) _____

Примечания: _____