

Warszawa, dnia 12 stycznia 2012 r.

Pozycja 38

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAWIEDLIWOŚCI

z dnia 5 stycznia 2012 r.

w sprawie zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

Na podstawie art. 70a ust. 2 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowe warunki i tryb zbierania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, zwanego dalej „zbieraniem informacji”;
- 2) warunki, jakie muszą spełniać osoby uprawnione do zbierania informacji, zwane dalej „specjalistami”;
- 3) wysokość ryczałtu przysługującego za zebranie informacji.

§ 2. 1. Specjalistą jest osoba wpisana do ewidencji, o której mowa w § 3 ust. 1.

2. Wpis do ewidencji może uzyskać osoba, która spełnia następujące warunki:

- 1) posiada certyfikat specjalisty terapii uzależnień na zasadach przewidzianych w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 2) korzysta z pełni praw publicznych;
- 3) nie była karana za przestępstwo umyślne;
- 4) przekazała do Krajowego Biura do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii oświadczenie i dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 3.

§ 3. 1. Ewidencję specjalistów prowadzi Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii, zwane dalej „Biurem”.

2. W ewidencji odnotowuje się:

- 1) imię i nazwisko specjalisty;
- 2) adres, na który należy kierować zarządzenia o zebraniu informacji, wraz z numerem telefonu oraz adresem poczty elektronicznej, oraz numerem telefaksu – jeżeli specjalista taki numer posiada;
- 3) wykaz sądów rejonowych, w których okręgu specjalista zobowiązuje się do zbierania informacji.

3. Osoba, która występuje o wpis do ewidencji, przesyła do Biura listem poleconym następujące dokumenty:

- 1) poświadczoną notarialnie kopię certyfikatu specjalisty terapii uzależnień uzyskanego zgodnie z przepisami ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii;

¹⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 66, poz. 469 i Nr 120, poz. 826, z 2007 r. Nr 7, poz. 48 i Nr 82, poz. 558, z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 63, poz. 520, Nr 92, poz. 753 i Nr 98, poz. 817, z 2010 r. Nr 28, poz. 146, Nr 143, poz. 962, Nr 213, poz. 1396 i Nr 228, poz. 1486 oraz z 2011 r. Nr 63, poz. 322, Nr 105, poz. 614, Nr 117, poz. 678 i Nr 240, poz. 1431.

- 2) informację o osobie z Krajowego Rejestru Karnego wydaną nie wcześniej niż w okresie ostatnich 90 dni;
- 3) oświadczenie, którego wzór jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

4. Wpisu do ewidencji dokonuje się niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania dokumentów, o których mowa w ust. 3.

§ 4. 1. W oparciu o dane z ewidencji Biuro przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości, do końca każdego kwartału, aktualną listę specjalistów.

2. Listę, o której mowa w ust. 1, Minister Sprawiedliwości publikuje na stronie internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości.

§ 5. 1. Jeżeli dane specjaliści określone w § 3 ust. 2 uległy zmianie albo jeżeli przeciwko specjaliście prowadzone jest postępowanie karne o przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego, specjalista jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić o tym Biuro.

2. W czasie trwania postępowania karnego, o którym mowa w ust. 1, uprawnienie specjalisty do zbierania informacji podlega zawieszeniu, a jego dane usuwa się z listy specjalistów, o której mowa w § 4 ust. 1.

3. Biuro zawiadamia niezwłocznie Ministra Sprawiedliwości o okolicznościach, o których mowa w ust. 1.

4. O prowadzeniu przeciwko specjaliście postępowania karnego, o którym mowa w ust. 1, może zawiadomić Biuro również sąd lub prokurator.

5. Specjalista, który nie dopełnił określonego w ust. 1 obowiązku zawiadomienia o postępowaniu karnym, podlega skreśleniu z ewidencji. Osoba taka przez okres trzech lat nie może zostać ponownie wpisana do ewidencji specjalistów.

§ 6. 1. Dyrektor Biura skreśla specjalistę z ewidencji:

- 1) na jego pisemną prośbę;
- 2) jeżeli specjalista nie spełnia warunków, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 1–3;
- 3) w sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 5;
- 4) w razie jego śmierci.

2. Od decyzji przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

§ 7. 1. Dane i dokumenty specjalistów przechowuje się przez okres pięciu lat od dnia wykreślenia z ewidencji.

2. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1, dane specjalistów oraz dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 3, podlegają usunięciu oraz zniszczeniu. Z czynności zniszczenia sporządza się protokół.

§ 8. Sąd lub prokurator, zwane dalej „organem zarządzającym”, zarządzając zebranie informacji, wyznacza specjalistę z aktualnej listy specjalistów i określa termin oraz sposób przekazania informacji.

§ 9. Zbieranie informacji przeprowadza się w godzinach od 6⁰⁰ do 22⁰⁰, w miejscu wskazanym przez organ zarządzający.

§ 10. Przed przystąpieniem do zbierania informacji specjalista informuje oskarżonego o celu tej czynności, a na jego żądanie okazuje kopię zarządzenia o zebraniu informacji oraz kopię certyfikatu specjalisty terapii uzależnień.

§ 11. 1. Po zebraniu informacji i wypełnieniu kwestionariusza, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia, specjalista przekazuje niezwłocznie kwestionariusz organowi zarządzającemu w sposób wskazany w zarządzeniu.

2. Organ zarządzający może zwrócić się o uzupełnienie informacji o osobie oskarżonego oraz określić sposób i termin uzupełnienia.

§ 12. 1. Za zebranie informacji specjaliście przysługuje ryczałt w wysokości 6% kwoty bazowej ustalonej dla sądowych kuratorów zawodowych.

2. Ryczałt przyznaje i wypłaca organ zarządzający, w terminie 30 dni od przekazania informacji przez specjalistę.

§ 13. 1. W przypadku gdy organ zarządzający zawiadomi Biuro o niewykonaniu albo nieterminowym lub nierzetelnym wykonaniu przez specjalistę zarządzenia, Dyrektor Biura informuje go o treści zawiadomienia.

2. Jeżeli ponownie skierowano zawiadomienie, o którym mowa w ust. 1, dotyczące specjalisty, Dyrektor Biura może wykreślić specjalistę z ewidencji. Od decyzji specjaliście przysługuje odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Osoba wykreślona z ewidencji na podstawie ust. 2 nie może być ponownie wpisana do ewidencji specjalistów przez okres trzech lat.

§ 14. 1. Pierwszą listę specjalistów, o której mowa w § 4 ust. 1, Biuro przekazuje Ministrowi Sprawiedliwości w terminie do dnia 31 stycznia 2012 r.

2. Osoba ubiegająca się o wpis do ewidencji będącej podstawą sporządzenia listy, o której mowa w ust. 1, przekazuje oświadczenie i dokumenty, o których mowa w § 3 ust. 3, w terminie do dnia 16 stycznia 2012 r.

§ 15. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Minister Sprawiedliwości: *J. Gowin*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości
z dnia 5 stycznia 2012 r. (poz. 38)

Załącznik nr 1*WZÓR*

OŚWIADCZENIE SPECJALISTY TERAPII UZALEŻNIEŃ UBIEGAJĄCEGO SIĘ O WPIS
DO EWIDENCJI OSÓB UPRAWNIONYCH DO ZEBRANIA INFORMACJI NA TEMAT UŻYWANIA
PRZEZ OSKARŻONEGO ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH
LUB ŚRODKÓW ZASTĘPCZYCH

Ja
(imię i nazwisko specjalisty)

zamieszkała/y w
(adres miejsca zamieszkania wraz z kodem pocztowym)

oświadczam, że:

- 1) dnia uzyskałam/em certyfikat specjalisty terapii uzależnień, o którym mowa w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179, poz. 1485, z późn. zm.), wydany przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii (kopię certyfikatu potwierdzoną za zgodność z oryginałem załączam do niniejszego oświadczenia);
- 2) nie byłam/em karana/y za przestępstwo umyślne i korzystam z pełni praw obywatelskich (oryginał wypisu z Krajowego Rejestru Karnego ważny trzy miesiące od dnia wydania załączam do niniejszego oświadczenia);
- 3) wyrażam zgodę na wpisanie mnie do prowadzonej przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii ewidencji osób uprawnionych do zebrania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych;
- 4) czynności, o których mowa w pkt 3, zarządzane przez organy prokuratury lub sądu wykonywać będę terminowo i rzetelnie;
- 5) wszelkie informacje uzyskane w toku wykonywania czynności, o których mowa w pkt 3, zachowam w tajemnicy;
- 6) czynności, o których mowa w pkt 3, wykonywać będę we właściwości następujących sądów rejonowych:

.....
.....
.....

- 7) zarządzenia organów sądu lub prokuratury dotyczące zebrania informacji na temat używania przez oskarżonego środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych będę przyjmować pod adresem:

.....
(adres miejsca przyjęcia zarządzenia)

.....
(nr tel. stacjonarnego) (nr telefaksu) (nr tel. mobilnego)

.....
(adres poczty elektronicznej)

- 8) w przypadku każdej zmiany danych adresowych lub kontaktowych, które powyżej podałam/em, niezwłocznie pisemnie powiadomię o tym fakcie Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii;
- 9) po uzyskaniu informacji, że zostało przeciwko mnie wszczęte postępowanie karne w sprawie o przestępstwo umyślne, niezwłocznie pisemnie powiadomię o tym fakcie Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii.

Załączniki:

1.
.....
2.
.....

.....
(miejsce i data) (podpis)

WZÓR

**Kwestionariusz zebrania informacji przez
SPECJALISTĘ TERAPII UZALEŻNIEŃ****I. ZAPIS WYWIADU ZE SPECJALISTĄ TERAPII UZALEŻNIEŃ (STU).**

Przed przystąpieniem do rozmowy należy poinformować badanego o celu wywiadu, a także o przekazaniu uzyskanych informacji do akt prowadzonego postępowania i do wiadomości instytucji mającej prowadzić terapię.

Warunkiem przystąpienia do wywiadu jest zgłoszenie przez badanego chęci uczestniczenia w wywiadzie.

Dane zawarte w formularzu zapisane według oświadczenia badanego.

Badany wyraża zgodę na przeprowadzenie wywiadu.

tak nie

Badany wyraża chęć podjęcia leczenia, rehabilitacji lub udziału w programie edukacyjno-profilaktycznym, jeśli jest to konieczne.

tak nie

I. Dane osoby przeprowadzającej zebranie informacji.

imię, nazwisko

.....

miejsce pracy, adres, telefon w pracy

.....

stanowisko, tytuł

.....

II. Dane o zebraniu informacji.

miejsce przeprowadzenia badania

.....

data badania

.....

sygnatura akt ws. badania

.....

instytucja/osoba kierująca na badanie

.....

artykuł

.....

III. Podstawowe informacje interwencyjne.

(wrażliwe sprawy badanego wymagające interwencji, np. bezdomność, stan odstawienia narkotyków)

.....

.....

.....

IV. Podstawowe dane o osobie.**1. Dane osobowe badanego.**

Imię, nazwisko

Imiona rodziców

Adres zamieszkania

Płeć kobieta mężczyzna

Adres zameldowania

Data i miejsce urodzenia

Telefon kontaktowy

Dowód osobisty

(lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem)

Bezdomny/brak adresu

 tak nie

PESEL

Ostatni adres zamieszkania (w przypadku bezdomnego)
--

2. Sytuacja prawna w prowadzonym postępowaniu.

Tymczasowo aresztowany <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zastosowanie innych środków zapobiegawczych, takich jak:	
dozór policji	<input type="checkbox"/>
poręczenie majątkowe	<input type="checkbox"/>
poręczenie osobiste	<input type="checkbox"/>
poręczenie społeczne	<input type="checkbox"/>
opuszczenie lokalu mieszkalnego zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym	<input type="checkbox"/>
zawieszenie w czynnościach służbowych lub w wykonywaniu zawodu albo obowiązek	<input type="checkbox"/>
powstrzymania się od określonej działalności	<input type="checkbox"/>
obowiązek powstrzymania się od prowadzenia określonego rodzaju pojazdów	<input type="checkbox"/>
zakaz opuszczania kraju	<input type="checkbox"/>
W przypadku zastosowania innego środka zapobiegawczego należy go wskazać:	
Od kiedy	Na jaki okres
Czy pozostaje pan/pani pod dozorem kuratora ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Imię, nazwisko kuratora	
Rejon	

Czy był/a pan/pani wcześniej zatrzymywany/a ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak, ile razy i z jakiego powodu
Czy przebywał/a pan/pani wcześniej w zakładach karnych/ aresztach śledczych/ zakładach poprawczych ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czego dotyczyły wcześniejsze skazania/zatrzymania, za jakie przestępstwa ?
Czy obecnie toczą się postępowania karne przeciwko panu/pani (jeśli tak, podać w jakiej sprawie) ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

3. Analiza sytuacji rodzinnej.

Stan cywilny

kawaler/panna	<input type="checkbox"/>
żonaty/zamężna	<input type="checkbox"/>
wdowiec/wdowa	<input type="checkbox"/>

Status rodzicielski

nie ma dzieci	
dzieci mieszkają z badanym, ile	
dzieci mieszkające z partnerem/małżonkiem,	

rozwód/separacja	<input type="checkbox"/>
związek nieformalny	<input type="checkbox"/>
brak odpowiedzi	<input type="checkbox"/>

ile	
dzieci mieszkające z członkami rodziny innymi niż partner/małżonek, ile	
dzieci mieszkające w instytucjach opieki/rodzinach zastępczych, ile	
inne (zakłady poprawcze itp.)	
pozbawienie/ograniczenie praw rodzicielskich	

Miejsce pobytu dzieci, do których ma pan/pani prawa rodzicielskie (adres)

Czy rodzina jest pełna ? tak nie

Skład rodziny najbliższej

Czy występuje problem narkomanii lub alkoholizmu w rodzinie najbliższej ? tak nie

Czy występuje problem bezrobocia w rodzinie najbliższej ? tak nie

Czy ktoś z członków rodziny, z którymi pan/pani mieszkał/a, był skazany za przestępstwa umyślne i przebywał w zakładzie karnym ? tak nie

Czy ktoś z członków rodziny, z którymi wspólnie pan/pani mieszkał/a, był karany wielokrotnie ? tak nie

Proszę opisać stosunki w rodzinie, jak układają się one w rodzinie/wśród współmieszkańców.

4. Sytuacja socjalno-bytowa.Status mieszkaniowy.

socjalne	<input type="checkbox"/>
komunalne	<input type="checkbox"/>
własnościowe	<input type="checkbox"/>
wynajęte	<input type="checkbox"/>
z rodziną	<input type="checkbox"/>
u znajomych	<input type="checkbox"/>
squat	<input type="checkbox"/>
lokal niemieszkalny (działka, garaż, piwnica)	<input type="checkbox"/>
na ulicy	<input type="checkbox"/>
schronisko	<input type="checkbox"/>
noclegownia	<input type="checkbox"/>

Czy jest pan/pani zagrożony/a eksmisją ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Z kim mieszka pan/pani ? (opisać wspólne gospodarstwo, współmieszkańców, czym się zajmują)
Ile osób ma pan/pani na utrzymaniu ?

Czy po opuszczeniu aresztu /izby zatrzymań ma pan/pani zamiar powrócić do poprzedniego stanu/miejsca zamieszkania ? tak nie

Jeżeli nie, gdzie będzie pan/pani mieszkał/a po zwolnieniu ?

<u>Rodzaj zajęć</u>	<u>Źródło utrzymania</u>
student/uczeń <input type="checkbox"/>	praca stała <input type="checkbox"/>
pracuję <input type="checkbox"/>	praca dorywcza <input type="checkbox"/>
jestem bezrobotny <input type="checkbox"/>	renta/świadczenia socjalne <input type="checkbox"/>
emeryt/rencista <input type="checkbox"/>	na utrzymaniu rodziny <input type="checkbox"/>
	zasilek dla bezrobotnych <input type="checkbox"/>
	inne (wymienić) <input type="checkbox"/>

Czy jest pan/pani zarejestrowany/a w urzędzie pracy tak nie

Jeżeli ma pan/pani stałą pracę, proszę podać nazwę i adres zakładu pracy

Godziny pracy

Czy posiada pan/pani tak nie

Wysokość dochodu miesięcznego

0 – 500 zł	<input type="checkbox"/>
500 – 1000 zł	<input type="checkbox"/>
1000 – 1500 zł	<input type="checkbox"/>
1500 – 2000 zł	<input type="checkbox"/>
powyżej 2000 zł	<input type="checkbox"/>

Wykształcenie

zobowiązania finansowe ?	
Jeśli tak, proszę podać jakie	
kredyt bankowy	<input type="checkbox"/>
alimentacyjne	<input type="checkbox"/>
długi prywatne	<input type="checkbox"/>
zalegam za mieszkanie	<input type="checkbox"/>
inne (jakie)	<input type="checkbox"/>
Wyuczony zawód	

niepełne podstawowe	<input type="checkbox"/>
podstawowe	<input type="checkbox"/>
gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
średnie	<input type="checkbox"/>
średnie zawodowe	<input type="checkbox"/>
niepełne wyższe	<input type="checkbox"/>
wyższe	<input type="checkbox"/>
podyplomowe	<input type="checkbox"/>
Wykonywany zawód	

5. Sytuacja zdrowotna.

Czy posiada pan/pani orzeczenie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie o stopniu niepełnosprawności ?	
<i>Notatka</i>	
Jeśli tak, to o jakim stopniu	
lekkim	<input type="checkbox"/>
umiarkowanym	<input type="checkbox"/>
znacznym	<input type="checkbox"/>

Czy jest pan/pani <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie ubezpieczony/a ?	
---	--

Czy stwierdzono u pana/pani <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie chorobę psychiczną ?	
---	--

Czy był pan/pani <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie leczony/a psychiatrycznie ?	
---	--

Czy choruje pan/pani przewlekle ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy przyjmuje pan/pani <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie leki na choroby przewlekłe ?	
Jeśli tak, proszę podać jakie	
(w przypadku kobiety) <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Czy jest pani w ciąży ?	

6. Historia używania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych.

Krótki opis stanu badanego – obserwacja STU:

czy są widoczne zewnętrzne objawy używania **środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych** (wyniszczenie, wychudzenie, czy jest pod wpływem środka lub substancji, zachowanie, sposób mówienia, specyficzny język, ślady nakłuc i inne podobne szczegóły)

Czy kiedykolwiek używał/a pan/pani tak nie środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych (nawet jednokrotne użycie) ?

W jakim wieku miał/a pan/pani pierwszy kontakt ze środkami odurzającymi, substancjami psychotropowymi lub środkami zastępczymi ?

Czy kiedykolwiek używał/a tak nie pan/pani środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych dożylnie ?

Czy kiedykolwiek korzystał/a tak nie pan/pani ze wspólnego sprzętu iniekcyjnego ?

Czy używał/a pan/pani wspólnego tak nie sprzętu iniekcyjnego w ciągu ostatnich 3 miesięcy ?

Których z poniższych środków używał/a pan/pani w ciągu ostatnich 12 miesięcy? Proszę zaznaczyć częstotliwość używania i główną substancję, a także określić sposób ich przyjmowania oraz dawkę.

	kilka razy w miesiącu	kilka razy w tygodniu	codziennie	główna substancja	dominujący sposób przyjmowania	jednorazowa typowa dawka/ dawka dzienna
leki nasenne/ uspokajające						
przetwory konopi						
substancje wziewne (kleje, gaz, rozpuszczalniki)						
amfetamina						
ectasy						
methamfetamina						
LSD						
grzyby halucynogenne						
polska heroina						
brązowa heroina						
biała heroina						
kokaina						
crack						
alkohol						
mieszane (jakie ?)						
.....						
.....						
inne (jakie ?)						
.....						
.....						

Których z poniższych środków używał/a pan/pani w ciągu ostatniego miesiąca ? Proszę zaznaczyć częstotliwość i główną substancję, a także określić sposób ich przyjmowania oraz dawkę.

	kilka razy w miesiącu	kilka razy w tygodniu	codziennie	główna substancja	dominujący sposób przyjmowania	jednorazowa typowa dawka/dawka dzienna
leki nasenne/ uspokajające						
przetwory konopi						
substancje wziewne (kleje, gaz, rozpuszczalniki)						
amfetamina						
ectasy						
methamfetamina						
LSD						
grzyby halucynogenne						
polska heroina						
brązowa heroina						
biała heroina						
kokaina						
crack						
alkohol						
mieszane (jakie ?)						
.....						
inne (jakie ?)						
.....						

Czy aktualnie jest pan/pani w ciągu narkotykowym/alkoholowym ?

tak nie

Krótki opis przebiegu przyjmowania narkotyków od inicjacji do chwili obecnej

Czy występowały/zaobserwował/a pan/pani u siebie ?		Okoliczności/szczegóły/ dodatkowe informacje (ile razy, kiedy, z jakiego powodu) ?
myśli samobójcze		
próby samobójcze		
ciągi zażywania		
próby odstawienia narkotyków		
objawy abstynencyjne (głód)		
samotna konsumpcja		
wzrost tolerancji, zwiększanie dawek		
zażywanie większej ilości środka lub przez dłuższy czas niż pierwotnie pan/pani zamierzał/a		
wzrost ilości czasu poświęcanego na zdobywanie i zażywanie środka		
detoksykacje		
przedawkowania		
pobyt na OIOM-ie		
ciągły zamiar odstawienia środka i bezskuteczne wysiłki z tym związane		
problemy ze snem		
problemy z odżywianiem się/ zaburzenia (jakie ?)		

psychozy toksyczne (paranoje, urojenia, halucynacje)		
---	--	--

Ile pieniędzy wydaje pan/pani na narkotyki
dziennie/tygodniowo/miesięcznie ?

W jaki sposób zdobywa pan/pani narkotyki ?

Czy leczył/a się pan/pani tak nie
z powodu używania narkotyków ?

Jeśli tak, proszę podać gdzie, kiedy i z jakim skutkiem, jak długo udało się utrzymać abstynencję

Lp.	Nazwa placówki i forma terapii	Kiedy	Okres pobytu	Czy leczenie ukończone	Czas utrzymywania abstynencji

Informacje dodatkowe.

Czy w ostatnim czasie zmienił/a pan/pani miejsce pracy, szkołę ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy zerwał/a pan/pani kontakty z rodziną lub dotychczasowe kontakty przyjacielskie ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma pan/pani problemy z nauką/problemy w pracy ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy ma pan/pani jakieś zainteresowania/hobby ? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jak spędza pan/pani wolny czas ?	

II. WNIOSKI.**7. Wstępna ocena czy badany używa szkodliwie środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych lub wstępna ocena rodzaju uzależnienia.**

--

8. Zarys ewentualnego planu leczenia.

--

9. Zalecane procedury.

	Szczegóły/dodatkowe informacje/kontakty/adresy
Konsultacja w poradni	
Konsultacja psychiatryczna	
Detoksykacja	
Stały kontakt z terapeutą/ kontrola abstynencji	
Medyczne wsparcie terapii	
Terapia indywidualna	
Terapia grupowa	
Oddział dzienny	
Ośrodek stacjonarny	
Grupy AN	
Grupy zapobiegania nawrotom	
Leczenie substytucyjne	
Zapewnienie noclegu	
Badania w kierunku HIV/HCV	
Konsultacja internistyczna	
Udział w programie edukacyjno-profilaktycznym	
Inne (wymienić)	

10. Wydano skierowanie do

.....

(nazwa, adres placówki, godzina, data, imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu)

Data, podpis i pieczęć specjalisty