



JU Zavod za Alkoholizam
i druge toksikomanije Kantona Sarajevo

TERAPIJSKI UGOVOR

AMBULANTNA METADONSKA DETOKSIKACIJA

- 1. Dobrovoljno pristajem na ovaj vid tretmana.*
- 2. Za vrijeme trajanja ove terapije obavezujem se da ću dolaziti u određeno vrijeme po terapiju.*
- 3. Koristiću samo ordiniranu terapiju.*
- 4. Pristajem da se u tretman aktivno uključe saradnici u liječenju (uži član porodice).*
- 5. Pristajem da ću uredno davati tjelesne tečnosti radi skrining tesa na psihoaktivne supstance i mjerenje vitalnih parametara.*
- 6. U slučaju ranijeg prekidanja liječenja na vlastiti zahtjev, obavezujem se da ću o tome obavjestiti osoblje najmanje 24 sata ranije.*
- 7. Saradnici u liječenju se obavezuju da će se aktivno uključiti u ovaj tretman, te da će se držati dogovora koji je napravljen sa ljekarom, koji je preporučio ovaj tretman.*
- 8. Neću se agresivno ponašati spram sebe, drugih pacijenata i osoblja.*
- 9. Poštovaću sva pravila iz terapijskog ugovora.*

POTPIS PACIJENTA:

POTPIS TERAPEUTA:

POTPIS SARADNIKA:

- 1.
- 2.

Sarajevo,
