

**Plan för bedömning – Nacka Beroendemottagning**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Namn:** |  | **Personnummer alt. födelseår:**  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Planen upprättas**: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Aktivitet**  | **Datum**  | **Kl.**  | **Aktiviteten/besöket äger rum hos:** |
| Alkohol-/drogscreening |  |  |  |  |  |
| \*ADDIS-intervju |  |  |  |  |  |
| ADDIS-återkoppling |  |  |  |  |  |
| Familj/nätverk  |  |  |  |  |  |
| Motivationsinventering |  |  |  |  |  |
| Bedömning sjuksköterska  |  |  |  |  |  |
| Läkarbesök  |  |  |  |  |  |
| Återkoppling  |  |  |  |  |  |

\*ADDIS/Alkohol Drog Diagnos InStrument

**Övrigt:**