

KONTRAKT NA ŻYCIE

Imię i nazwisko:

Data:

Miejscowość:

- Zobowiązuję się, że nie popełnię samobójstwa i będę rozmawiał/a o myślach i tendencjach samobójczych z lekarzem/terapeutą/psychoterapeutą.
- Zobowiązuję się, że powiem rodzicom, lub jeśli nie jest to możliwe, innym dorosłym, że bardzo źle się czuję i poproszę, żeby zawiadomili mojego lekarza/terapeutę
- Zobowiązuję się, że jeżeli nikogo nie będzie w pobliżu, to w przypadku ostrych myśli samobójczych sam/a zgłoszę się na ostry dyżur do szpitala
- Zobowiązuję się, że Nie posiadam dostępu do broni ani innych zabójczych środków.

.....
Podpis klienta/ pacjenta

.....
podpis terapeuty

Centrum Kreatywnego Rozwoju Kamila Stefanik
Al. Piłsudskiego 31/133-134,108
NIP: 9191724161
REGON: 360458651

Tel: 782 161 551
35-074 Rzeszów
e-mail: ckrstefanik@gmail.com
www.ckrstefanik.com



Centrum
Kreatywnego Rozwoju
Kamila Stefanik

Plan pomocy

Sposoby ograniczenia dostępu do niebezpiecznych narzędzi/środków:

Co mogę zrobić, żeby poczuć się lepiej, jak poradzić sobie inaczej, gdy będę w kryzysie samobójczym (karty przypominające):

Numery telefonów w kryzysie:

Osoby, do których mogę zadzwonić po pomoc, lub aby poczuć się mniej samotnie:

Uczęszczanie na terapię:

Potencjalne przeszkody: Sposoby poradzenia sobie:

Ta rzecz, która jest dla mnie najważniejsza i warta, aby dla niej żyć, to:

.....

Podpis pacjenta, data

.....

Podpis terapeuty, data

Centrum Kreatywnego Rozwoju Kamila Stefanik
Al. Piłsudskiego 31/133-134,108
NIP: 9191724161
REGON: 360458651

Tel: 782 161 551
35-074 Rzeszów
e-mail: ckrstefanik@gmail.com
www.ckrstefanik.com



Centrum
Kreatywnego Rozwoju
Kamila Stefanik