



## SPORTELLO DI ORIENTAMENTO PER FAMILIARI

Data .....

### Al telefono

Nome e cognome .....

(parla per sé/o per chi) .....

(inviato da) .....

Attuale problema

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

Fissato appuntamento con .....

per il giorno ..... alle ore .....

Indirizzo e n. telefonico .....

Lei ha parlato con .....

### Colloquio

Nome e cognome del/dei presente/presenti

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

Problema che è fonte di preoccupazione

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

Come è stata affrontata la malattia fino ad oggi?

.....

.....

.....

.....

.....

Che cosa occorrerebbe fare per gestire queste difficoltà?

.....

.....

.....

.....

.....

Che cosa vi aspettate da questo incontro?

.....

.....

.....

.....

.....

Presentazione della mappa dei servizi del territorio: varie opzioni per possibili percorsi

Commenti dei familiari

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Siete interessati al servizio di Counseling con lo psicologo dell'Associazione? **SI NO**

Se d'accordo comunicare che saranno richiamati per fissare un appuntamento.

Accettate il monitoraggio tra due mesi? **SI NO**