

**UTENTE:** \_\_\_\_\_

CLINICA       TRATTAMENTO

**PSICOLOGO** \_\_\_\_\_

DOMICILIARE       AMBULATORIALE

**Trattamenti relativi a:** MESE \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**TRATTAMENTI PSICOLOGIA IN PRESENZA DELL'UTENTE**

	GIORNO	DURATA	TIPO DI TRATTAM.	FIRMA DELL'UTENTE	FIRMA DELL'OPERATORE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

**Legenda tipo di trattamento:**  1 Valutazione       2 Terapia psicologica       3 Counseling

**TRATTAMENTI PSICOLOGIA IN ASSENZA DELL'UTENTE**

	GIORNO	DURATA	TIPO DI TRATTAMENTO	FIRMA DELL'OPERATORE
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**Legenda tipo di trattamento:**  4 Riunione d'equipe       6 Elaborazione relazione valutativa  
 5 GLH       7 Elaborazione relazione semestrale

**N.B. I TRATTAMENTI IN PRESENZA DELL'UTENTE DEVONO ESSERE FIRMATI ANCHE DALL'UTENTE STESSO.**