مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

صورتجلسه بازنگری تیم درمانی مورخ / /

جلسه بازنگری تیم درمانی مرکز درمان سوء مصرف مواد .....در خصوص بیمار.....
در تاریخ / / با حضور اعضاء زیر تشکیل گردید :

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

نام ونام خانوادگی مسئول فنی
امضاء

نام ونام خانوادگی روانپزشک:
امضاء

نام ونام خانوادگی روانشناس:
امضاء

نام ونام خانوادگی پرستار:
امضاء

نام ونام خانوادگی مددکار:
امضاء