

 <p>CSONGRÁD MEGYEI EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÓ KÖZPONT HÓDMEZŐVÁSÁRHELY-MAKÓ</p>	<b>BETEGBELEEGYZŐ NYILATKOZAT</b>	<b>OLDAL: 1 / 1</b>
	<b>TERÁPIÁS NYILATKOZAT</b>	

**Beteg neve:** \_\_\_\_\_

**Születési helye, ideje:** \_\_\_\_\_

**TAJ száma:** \_\_\_\_\_

Alulírott kijelentem, hogy a gyógyulásom érdekében számomra kijelölt terápiás foglalkozásokban itt tartózkodásom ideje alatt aktívan részt veszek, a személyzet utasításainak megfelelően cselekszem, a házirendet betartom.

Amennyiben ezzel ellentétesen járok el, az intézet orvosi megfontolásokból pszichiátriai osztályos kezelésemet megszakíthatja vagy felfüggesztheti.

A fentieket valamint a házirendet tudomásul vettem és elfogadom.

Makó,

\_\_\_\_\_  
Páciens (vagy hozzátartozója) aláírása

**Kötelező terápiás program:**

- Agytorna
- Biblioterápia
- Egyéni beszélgetés pszichológussal
- Filmterápia
- Irodalom
- Játékterápia
- Kreatív foglalkozások
- Mindennapi életvezetés
- Mozgásterápia
- Nagycsoport
- Relaxáció
- Szabad interakciós csoport, kommunikációs tréning
- Torna
- Veszteségcsoport