

فرم آموزشی مهارت

نام مرکز درمان سوء مصرف مواد

نام و نام خانوادگی بیمار

شماره پرونده.....

نام و نام خانوادگی روانشناس و امضا تاریخ	شرح موضوع	موضوع
		آموزش مقابله با میل به مصرف
		آموزش انگیزش و تعهد برای پرهیز
		آموزش مهارت امتناع و جرات مندی
		آموزش مهارت کنترل خشم
		آموزش مهارت حل مسئله