

### Lisa 3. Superviseeritud disulfiraamravi nõusolekuvorm

Selle ravilepinguga, mina.....  
..... (ees- ja perekonnanimi), järgin arsti soovitusi  
oma alkoholisõltuvuse raviks ja alustan ..... (kuupäev)  
disulfiraamravi, mis kestab kuni 6 kuud.

Olen teadlik, et disulfiraamravi ajal on alkoholi tarvitamine (sealhulgas alkoholi  
sisaldavad suuveed jt) keelatud.

Ravimit võetakse .....(sagedus) ja  
ravimi annus on ..... tabletti.

Ravimi võtmist jälgib .....  
..... (tugiisiku\* nimi).

Tean, et ravi ei või lõpetada ennetähtaegselt ilma arsti loata.

See leping on koostatud kolmes identses eksemplaris (üks eksemplar igale  
osapoollele).

Koht, kuupäev: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ravialune isik	Raviarst	Tugiisik
----------------	----------	----------

Kontakttelefonid:

---

---

---

(\*Tugiisikuks võib olla usaldus- ja kontaktisik töökohast, vaimse tervise õde, pereliige jne)