



Программа поддержки для случаев суицида из-за ПФС

Если любимый человек, который страдал синдромом пост-финастерида, покончил с собой, и Вы хотели бы связаться с членами семей других пациентов с ПФС, которые покончили с собой, пожалуйста, заполните эту форму и отправьте ее по электронной почте social@pfsfoundation.org

1. Мое имя _____

2. Имя пациента с ПФС, который покончил с собой _____

3. Ориентировочная дата самоубийства _____

4. Мои отношения с пациентом ПФС, который покончил с собой:

____ супруг
____ родитель
____ ребенок
____ родной брат
____ вторая половина
____ другое (пожалуйста, уточните) _____

5. Мое место жительства

Город и штат (если живете в США) _____

Город и штат (если живете за пределами США) _____

6. Местоположение пациента с ПФС, который покончил с собой

Город и штат (если в США) _____

Город и штат (если живете за пределами США) _____

7. Контактная информация

Я хочу, чтобы со мной связались через : (выберите столько, сколько необходимо)...

Электронная почта: ____ Моя электронная почта: _____

Телефон: ____ Мой телефонный номер: _____

Skype: ____ Мой Skype: _____

8. Date (месяц) _____ (день) ____ (год) _____

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ

Я понимаю, что, отправив эту форму в Фонд ПФС, я соглашаюсь разрешить фонду распространять информацию, которая содержится в данном документе, другим пациентам с ПФС в соответствии с указаниями выше. Фонд не будет оглашать или же распространять какие-либо личные данные без моего письменного согласия.

Подпись

Пожалуйста, сохраните, прежде чем закрыть этот файл

Если у Вас есть какие-либо вопросы, пожалуйста, свяжитесь:

Филипп Робертс
Менеджер пациентов
Фонд ПФС
proberts@pfsfoundation.org
(856)425-6046