

**Anmodning om fængselsbehandling
i Storstrøm Fængsel**

Borger Navn CPR-nummer:	
Afsoningssted Navn:	
Afsoningslængde Dato for fuld tid: Dato for 2/3 tid:	
Behandling Hvilken behandling ønsker du? <ul style="list-style-type: none">• Primærbehandling• Efterbehandling• Andet	
Afhængighed Hvad er dit hovedstof? Er du tilknyttet et behandlingsforløb i dag?	
Historie Har du tidligere været i behandling? Hvis ja: <ul style="list-style-type: none">• Hvor?• Hvornår?	
Hvorfor? Hvad er baggrunden for at du gerne vil i behandling hos Kongens Ø Storstrøm?	
Hvornår? Hvornår vil de gerne starte behandlingen?	
Dato	Underskrift

Udfyldes, scannes og sendes til Kongens Ø Storstrøm
storstrom@kongensoe.dk