

GAMBLING CLIENT TERMINATION ABSTRACTING FORM

LEAVE NO BLANK FIELDS – REFER TO MANUAL

UK-Unknown, NA-Does Not Apply, NC-Not Collected, CR-Client Refused

1	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Clinic/Provider ID:</td> <td style="width: 50%; border: none;">Client Case ID:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> </tr> </table>	Clinic/Provider ID:	Client Case ID:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Clinic/Provider ID:	Client Case ID:				
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

2	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border: none;">Enrollment Date:</td> <td style="width: 25%; border: none;">DOB:</td> <td style="width: 25%; border: none;">Gender:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Enrollment Date:	DOB:	Gender:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
Enrollment Date:	DOB:	Gender:					
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>					

3	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">Last Service Date:</td> <td style="width: 15%; border: none;">Termination Type:</td> <td style="width: 15%; border: none;">Treatment Type:</td> <td style="width: 15%; border: none;">Referral Type:</td> <td style="width: 35%; border: none;">Follow-up Appointment Date: _____ Time: _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> </td> </tr> </table>	Last Service Date:	Termination Type:	Treatment Type:	Referral Type:	Follow-up Appointment Date: _____ Time: _____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Last Service Date:	Termination Type:	Treatment Type:	Referral Type:	Follow-up Appointment Date: _____ Time: _____							
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							

4	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%; border: none;">Suicide</td> <td style="width: 20%; border: none;">Bankruptcy:</td> <td style="width: 20%; border: none;">Legal:</td> <td style="width: 20%; border: none;">Abuse:</td> <td style="width: 20%; border: none;">Reported:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> </tr> </table>	Suicide	Bankruptcy:	Legal:	Abuse:	Reported:	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Suicide	Bankruptcy:	Legal:	Abuse:	Reported:							
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>							

5	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%; border: none;">If gambled in last 30 days.</td> <td style="width: 25%; border: none;">Primary Gambling Activity:</td> <td style="width: 10%; border: none;">Type:</td> <td style="width: 10%; border: none;">Venue:</td> <td style="width: 20%; border: none;">Jurisdiction:</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> <td style="border: none;"> <input type="text"/><input type="text"/> </td> </tr> </table>	If gambled in last 30 days.	Primary Gambling Activity:	Type:	Venue:	Jurisdiction:			<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
If gambled in last 30 days.	Primary Gambling Activity:	Type:	Venue:	Jurisdiction:							
		<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>							

6	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Diagnostic Impression:</td> </tr> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">Primary: <input type="text"/><input type="text"/></td> <td style="border: none;">Secondary: <input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </table>	Diagnostic Impression:		Primary: <input type="text"/> <input type="text"/>	Secondary: <input type="text"/> <input type="text"/>
Diagnostic Impression:					
Primary: <input type="text"/> <input type="text"/>	Secondary: <input type="text"/> <input type="text"/>				

7	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td colspan="2" style="border: none;">Ancillary Support Services Received (Check All That Apply)</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">01 ___ Physical Health</td> <td style="width: 50%; border: none;">07 ___ Employment</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">02 ___ Mental Health</td> <td style="border: none;">08 ___ Housing</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">03 ___ Other Addictions</td> <td style="border: none;">09 ___ Emergency Clothing</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">04 ___ Dental</td> <td style="border: none;">10 ___ Food Stamps</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">05 ___ Vision</td> <td style="border: none;">11 ___ Insurance Enrollment</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">06 ___ Education</td> <td style="border: none;">12 ___ Other</td> </tr> </table>	Ancillary Support Services Received (Check All That Apply)		01 ___ Physical Health	07 ___ Employment	02 ___ Mental Health	08 ___ Housing	03 ___ Other Addictions	09 ___ Emergency Clothing	04 ___ Dental	10 ___ Food Stamps	05 ___ Vision	11 ___ Insurance Enrollment	06 ___ Education	12 ___ Other
Ancillary Support Services Received (Check All That Apply)															
01 ___ Physical Health	07 ___ Employment														
02 ___ Mental Health	08 ___ Housing														
03 ___ Other Addictions	09 ___ Emergency Clothing														
04 ___ Dental	10 ___ Food Stamps														
05 ___ Vision	11 ___ Insurance Enrollment														
06 ___ Education	12 ___ Other														

8	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">PRINT Completed By: _____</td> <td style="border: none;">Date: _____</td> <td style="border: none;">Phone: _____</td> </tr> </table>	PRINT Completed By: _____	Date: _____	Phone: _____
PRINT Completed By: _____	Date: _____	Phone: _____		