



Hilfe für Menschen mit psychischen
Erkrankungen / Beeinträchtigungen

ZUWEISUNG

.....
Ort/Datum

Absam Hall i.T. Imst Innsbruck Schwaz St. Johann i.T. Telfs Wörgl

FAMILIENNAME: VORNAME:

GEBURTSDATUM: GEBURTSORT:

ADRESSE:

Derzeit stationär im: LKH Innsbruck LKH Hall BKH Kufstein

Zuweisende/r Arzt/Ärztin:

Diagnose: ICD-Nr.:

FACHÄRZTLICHE BEGRÜNDUNG / ZIELSETZUNG:

EINZELBETREUUNG von bis
Stundenanzahl wöchentlich:

BESCHÄFTIGUNGSINITIATIVE:
Erforderliche Betreuungszeit
in Halbtageseinheiten von bis
wöchentlich:

WOHNGEMEINSCHAFT von bis
.....
Straße / Ort

WOHNPROJEKT von bis
.....
Straße / Ort

Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Arztes/Ärztin: