

# ZUWEISUNG



Hilfe für Menschen mit psychischen  
Erkrankungen / Beeinträchtigungen

.....  
Ort / Datum

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

**FAMILIENNAME:** ..... **VORNAME:** .....

**ADRESSE:** .....

**Zuweisende\*r Ärztin\*Arzt:** .....

**Diagnose:** ..... **ICD-Nr.:** .....

**Derzeit stationär im Krankenhaus:**  Hall  Innsbruck  Kufstein  Zams  .....

## FACHÄRZTLICHE BEGRÜNDUNG / ZIELSETZUNG:

**SOZIALPSYCHIATRISCHE EINZELBEGLEITUNG** von ..... bis .....  
Stundenanzahl wöchentlich: .....

**TAGESSTRUKTUR SOZIALPSYCHIATRIE**  
**Erforderliche Betreuungszeit in Halbtageseinheiten** von ..... bis .....  
Halbtageseinheiten wöchentlich: .....

**WOHNGEMEINSCHAFT** von ..... bis .....  
.....  
Straße / Ort

**WOHNPROJEKT** von ..... bis .....  
.....  
Straße / Ort

**Stempel und Unterschrift der\*des zuweisenden Ärztin\*Arztes:** .....