

ZUWEISUNG



Hilfe für Menschen mit psychischen
Erkrankungen / Beeinträchtigungen

.....
Ort / Datum

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

FAMILIENNAME: VORNAME:

GEBURTSDATUM:

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: