



Hilfe für Menschen mit psychischen  
Erkrankungen / Beeinträchtigungen

# ZUWEISUNG

.....  
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** von ..... bis .....

**Erforderliche Betreuungszeit  
in Halbtageseinheiten**

Halbtageseinheiten wöchentlich: .....

**WOHNGEMEINSCHAFT** von ..... bis .....

.....  
Straße / Ort

**WOHNPROJEKT** von ..... bis .....

.....  
Straße / Ort

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