



**Zuweisung zur fachpsychiatrischen Behandlung - Krisenintervention für geflüchtete Menschen (6 ambulante Einzelgespräche plus 1 Nachkontrollgespräch)**

Erwachsene

Kinder/Jugendliche

**Ärztliche Zuweisung**

Praxis/Einrichtung/Organisation\*

Name/Vorname\*

Strasse\*

PLZ/Ort\*

Telefon\*

E-Mail\*

**Patientenangaben**

Name\*

Vorname\*

Geschlecht

- weiblich  
 männlich

Geburtsdatum\*

Sprache\*

Strasse\*

PLZ/Ort\*

Nationalität\*

Aufenthaltsstatus

Telefon/Mobile

E-Mail

Krankenkasse\*

Versicherten-Nr.\*

AHV Nr.

Zivilstand

Arbeitgeber

Betreuender Sozialdienst (Name/Telefon)

bei Gastfamilie, Kontaktangaben

**bei Zuweisung Minderjähriger (Gesetzlicher Vertreter/Vertreterin)**

Mutter

Name

Vorname

Geburtsdatum

Vater

Name

Vorname

Geburtsdatum

Angaben zu Geschwistern



**Grund der Zuweisung\***

**Symptomkonstellation**

**Weitere wichtige Angaben zur aktuellen Situation**

**Aktuelle und ggf. vergangene Medikation**

**Gehört Patient bezüglich Covid-19 zur besonders gefährdeten Personengruppe?\***

\* Ja            Nein

**Symptomkonstellation**

**- Arztberichte/Medikationsliste bitte beilegen**

\*Pflichtfelder

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

**Formular bitte per E-Mail (Scan) senden an: [gravita-srk@hin.ch](mailto:gravita-srk@hin.ch)**