



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