



Zuweisung zur fachpsychiatrischen Abklärung

für Angebot (kann auch freigelassen werden, ausser bei den Gruppenangeboten):

Tagesklinik (60 Behandlungstage, 3 Tage pro Woche) ab 18 Jahren

Triage

ambulante Psychotherapie ab 18 Jahren

Krisenintervention (6 ambulante Einzelgespräche plus 1 Nachkontrollgespräch

für Erwachsene Kinder/Jugendliche

Gruppenangebote für Personen wohnhaft im Kanton St.Gallen

START - Gruppenangebot für Kinder und Jugendliche mit Kriegs- und Fluchterfahrungen

Psychoedukationsgruppe für Frauen und Mütter

Ärztliche Zuweisung

Praxis/Einrichtung/Organisation*

Name/Vorname*

Strasse*

PLZ/Ort*

Telefon*

E-Mail*

Patientenangaben

Name*

Vorname*

Geschlecht* männlich weiblich

Geburtsdatum*

Sprache*

Strasse*

PLZ/Ort*

Nationalität*

Aufenthaltsstatus

Telefon/Mobile

E-Mail

Krankenkasse

Versicherten-Nr.*

AHV Nr.

Zivilstand

Arbeitgeber

Betreuender Sozialdienst (Name/Telefon)

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

Arztberichte/Medikationsliste bitte beilegen.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

**Pflichtfelder*

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