

**Ärztliche Zuweisung zur fachpsychiatrischen Abklärung**

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*

VEKA/Vers.-Nr.*

AHV Nr.

Zivilstand

Betreuender Sozialdienst (Name/Telefon)

Pat. ist ausdrücklich damit einverstanden, dass die Gravita SRK seine/ihre Personendaten als verantwortliche Person zum Zwecke der Vorbereitung und Durchführung der fachpsychiatrischen Abklärung bearbeitet und in diesem Zusammenhang auch an Dritte (z.B. an Gemeinden, an zuweisende Fachpersonen sowie allenfalls weitere in die Vorbereitung oder Durchführung der fachpsychiatrischen Abklärung involvierte Personen/Behörden) weitergibt. Pat. ist sich bewusst, dass es sich nebst gewöhnlichen Personendaten wie etwa Name, Adresse, Geburtsdatum, Nationalität, Sozialdaten usw. auch um potentiell besonders schützenswerte Personendaten handeln kann wie z.B. (nicht abschliessend) Gesundheitsdaten, biometrische Daten, Daten betreffend Intimsphäre oder die Zugehörigkeit zu einer Rasse oder Ethnie sowie Daten über Massnahmen der sozialen Hilfe.

bei Zuweisung Minderjähriger

Kontaktdaten der Eltern oder Gesetzliche VerteterIn:

Name

Vorname

Telefon/Mobile



Aktuelle Symptomatik*

Bestehende psych. Diagnosen / Verdachtsdiagnose

Somatische Diagnosen / Besonderheiten*

Allergien / Unverträglichkeiten*

Bestehen Anzeichen für

☐ Eigengefährdung (Suizidalität, Selbstverletzung)

☐ Fremdgefährdung

☐ Psychotische Symptome

☐ Substanzmissbrauch

Medikation*

Bitte Arztberichte / Medikationsliste beilegen.

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift

**Pflichtfelder*

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