

Geburtsdatum:

SV-Nr.:

Stempel Institution



## ZUWEISUNG

**Name** (Patient/in, Alter): \_\_\_\_\_

**Erziehungsberechtigt:** \_\_\_\_\_

**an:** \_\_\_\_\_

**von** (Name Zuweiser/in): \_\_\_\_\_

**auf Initiative von:** \_\_\_\_\_

### Bitte um:

- Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung/Behandlung
- Klinisch-psychologische Diagnostik
- Psychotherapeutische Diagnostik
- Funktionell-therapeutische Diagnostik (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Teilleistungsdiagnostik)
- Entwicklungsneurologische Diagnostik
- Einzel-Psychotherapie                       Gruppentherapie                       Familientherapie
- Abklärung durch Sozialarbeit
- Beratung bezüglich \_\_\_\_\_
- Ambulante/stationäre **Weiterbetreuung** nach ambulanter/stationärer  
Behandlung/Betreuung/Beratung (nicht zutreffendes bitte durchstreichen)
- \_\_\_\_\_ (sonstiges)

**Zuweisungsgrund/Fragestellung:**

**Vorbefunde vorhanden:**  ja     nein

Wichtige Informationen (Dringlichkeit, psychosoziale Umstände,...):

**Rücksprache erwünscht:**  ja     nein     bei Bedarf möglich

Telefonnummer + Erreichbarkeit:

Von Patient/in oder  
Angehörigen  
auszufüllen

**Einverständniserklärung** - auszufüllen nur falls Austausch erwünscht ist.

Ich, \_\_\_\_\_, bin damit einverstanden, dass im Rahmen der  
Zuweisung eine Rücksprache zwischen den genannten Institutionen in Bezug auf mich/mein  
Kind \_\_\_\_\_ stattfinden kann.

\_\_\_\_\_ Datum, Unterschrift