

## ZUWEISUNGSSCHEIN

Bitte per Mail schicken! Email: beratung@psz-rostock.de

**Zuweiser\*in:**

Name: \_\_\_\_\_ Name der Einrichtung: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**Ich stelle vor:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_  
 Sprache: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_  
 In Begleitung:        Nein                      Ja, mit: \_\_\_\_\_  
 Hausarzt/ärztin: \_\_\_\_\_  
 Aktuelle  
 Medikation: \_\_\_\_\_

**Anliegen:**

Termin vor Ort                      Termin online  
 Erstellen einer psychosozialen/ psychosomatischen Anamnese  
 Erstellen einer medizinischen Anamnese und Exploration  
 Körperliche Beschwerden:    Nein    Ja, welche:  
 Vermittlung Hausärztin        Vermittlung Fachärztin:  
 Vermittlung psychischer/psychosozialer Hilfe                      Komplexe Fallbegleitung  
 Sonstige Anliegen: \_\_\_\_\_

**Bitte Anliegen beschreiben!**

Datum: \_\_\_\_\_

Eingangsdatum	Terminvergabe	Termininformation	Termin	Abschlussbericht
	Termin am:  Termininfo an Klient/in:	Zuweiser/in am:  Dolmetscher/in am:	durchgeführt am:	gesendet am:  per (Fax, Post, o.a.):