

FACHÄRZTLICHE ZUWEISUNG (Psychiatrie/Neurologie)**Mobile Psychiatrische Pflege (MPP) für Senioren/Seniorinnen**

(gemäß Schreiben des Amtes der Tiroler Landesregierung/ Abteilung Soziales Va-777-903/110 vom 01.02.2012)

Familienname:**Vorname:****Adresse:****Tel. Nr. :****Vers.-Nr./Geburtsdatum:****Vers.-Träger:****Psychiatrisch/neurologische Diagnosen (insbesondere die Zuweisungsdiagnose):****ICD-Nr.:****Maßnahmen:**

- **Medikamentenversorgung**
- **Wochen/Tagesstrukturierende Maßnahmen**
- **Gesprächsführung mit Menschen mit psychischen Störungen und neurologischen Erkrankungen sowie deren Angehörigen**
- **psychoziale Betreuung und Pflege**
- **psychoziale Re-Sozialisation**
- **Sicherstellung fachärztlicher Kontakte**
- **Sonstiges:**

Somatische Diagnosen:**ICD-Nr.:****Datum/Stempel und Unterschrift Facharzt/ärztin**

Bitte um Zusendung der ausgefüllten Zuweisung an

per Mail

kontakt@vaget.at

per Post

Schmiedtorgasse 5/1, 6060 Hall i.T.

per Fax

05223/53636-24

bei Rückfragen

Tel. 05223/53636-20 oder bei der Bereichsleitung Ihres Bezirkes