

**Südtiroler
Sanitätsbetrieb****Azienda Sanitaria
dell'Alto Adige****Azienda Sanitaria de Sudtirol**

**Zuweisungsformular für das Therapiezentrum Bad Bachgart-
scheda d'invio per il Centro Terapeutico di Bad Bachgart**
E-Mail badbachgart@sabes.it

Zuweisender Dienst – servizio inviante**Vom Dienst betreut seit – in carico al Servizio dal****Andere involvierte Dienste – altri servizi coinvolti****Therapeutische Bezugspersonen – operatori di riferimento****Klientendaten – dati utente**

Zuname Cognome		Vorname Nome	
Geb. am Nato il		In a	
Wohnhaft Residente		Straße Via	
Zivilstand Stato civile		Schulabschluss Titolo di studio	

Berufsausbildung**Formazione professionale****Aktuelle berufliche Situation****Situazione professionale attuale****Juridische Probleme****Problemi giudiziari****Kostenübernahme gewährleistet****JA** ☐**Nein** ☐**Assunzione spese da parte del servizio inviante****Kurzanamnese - Anamnesi breve****Zuweisungsgrund/Diagnosen – motivo dell'invio/diagnosi (ICD 10)**

Suizidversuche/tentativi di suicidio	JA/sì ☐	Nein/no ☐
Aktuelle Suizidalität/rischio attuale di suicidio	JA/sì ☐	Nein/no ☐

Substanzkonsum
Consumo di sostanze

Therapieziele seitens des Patienten – obiettivi terapeutici del paziente

Geplantes Procedere für die Zeit nach Bad Bachgart –
trattamento previsto dopo il ricovero a Bad Bachgart

Therapeutische Vereinbarungen mit anderen Diensten -
Accordi terapeutici con altri servizi

Besondere Anmerkungen – note particolari

Datum/data: _____

Name/nome: _____