**Patientenanmeldung zur Asperger-Sprechstunde**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Geburtsdatum |       |
| E-Mail Adresse |       |  |  |
|  |
| **Bemerkungen (Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie eine Abklärung und/oder eine Beratung wünschen.)** |
|       |
| Zuweiser/in       | Telefon       |  |
| Datum/Unterschrift       |  |

**Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zurück an folgende Adresse:
Per Post** Psychiatrische Dienste, Psychologischer Dienst, Weissensteinstrasse 102, 4503 Solothurn
**Per E-Mail** zuweisungen.pd@spital.so.ch