**Patientenanmeldung Abklärung Psychosefrüherkennung**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  | Wohnsituation |  |
| Geburtsdatum |  | Beruf |  |
| Abteilung/Ambulatorium |  | Datum der Anmeldung |  |
| **Bisherige Diagnose(n)** | | | |
|  | | | |
| **Momentanes Zustandsbild** | | | |
|  | | | |
| **Aktuelle Medikation** | | | |
|  | | | |
| **Abklärungsgrund und Fragestellung** | | | |
|  | | | |
| **Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt? MRI? EEG? Testpsychologische Abklärung?**  (Bitte Abklären und gegebenenfalls Kopie des entsprechenden Berichts beilegen.) | | | |
|  | | | |
| **Existieren weitere Berichte (andere Kliniken)? Wenn ja, Kopie beilegen.** | | | |
|  | | | |
| **Bemerkungen** | | | |
|  | | | |
| 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