**Patientenanmeldung für die Tagesklinik Olten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon | E-Mail | | |
| Geburtsdatum |  | Zivilstand |  |
| Nationalität |  | | |
| Krankenkasse |  | | |
| Hausarzt |  | Psychotherapeut |  |
| **Angehörige bzw. Bezugs- und / oder Kontaktperson** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Wohnort |  |
| **Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  | | |
| Institution + E-Mail |  | | |
| Anamnese / Aktuelle Situation | |  | |
| Diagnose | |  | |
| Somatische Besonderheiten | |  | |
| Medikamente | |  | |
| Indikation, Therapieziele für Tagesklinikaufenthalt | |  | |
| Bemerkungen | |  | |
| Datum |  | Unterschrift | |

**Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zurück an folgende Adresse:**

Per Post: Psychiatrische Dienste, Tagesklinik, Baslerstrasse 150, Postfach, 4601 Olten

Per Mail: [tk1.pd@spital.so.ch](mailto:tk1.pd@spital.so.ch)