**Patientenanmeldung zu Gruppentherapien**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Geburtsdatum |       |
| E-Mail Adresse |       |  |  |
| **Gruppentherapie** [ ]  Soziale Kompetenzgruppe, Montag, 15.30 – 17.00 Uhr [ ]  Stressbewältigungsgruppe/Umgang mit Gefühlen, Dienstag, 10.45 – 12.00 Uhr [ ]  Gruppe für Betroffene mit einer psychotischen Erkrankung, Donnerstag, 10.45 – 11.45 Uhr [ ]  Cannabis-Psychosegruppe, Freitag, 14.00 – 15.00 Uhr |
| **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 Mail** zuweisungen.pd@spital.so.ch