**Anmeldung Behandlungszentrum für Alterspsychiatrie**

Tel. 032 627 14 27 ¦ E-Mail: [alterspsychiatrie@spital.so.ch](mailto:alterspsychiatrie@spital.so.ch)

Akutklinik  Tagesklinik Solothurn  Ambulatorium Solothurn

Konsiliardienst  Tagesklinik Olten  Ambulatorium Olten

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | |
| **Name** |  | **Vorname** |  |
| **Strasse** |  | **PLZ / Wohnort** |  |
| **Telefon** |  | **Wohnsituation** |  |
| **Geburtsdatum** |  | **Zivilstand** |  |
| **Krankenkasse** |  | | |
| **Angehörige** |  | | |
| **Hausarzt** |  | | |
| **Beh. Psychiater**  **(falls vorhanden)** |  | | |
| **Diagnose(n)**  **Inkl. vorhandene Berichte** |  | | |
| **Aktuelle Medikation** |  | | |
| **Aktuelle Situation** |  | | |
| **Therapieziel** |  | | |
| **Bemerkungen** |  | | |

Ort, Datum: Name / Adresse zuweisender Arzt / Ärztin (Stempel)

     