**Zuweisungsformular KJP Tagesklinik Solothurn**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name / Vorname |             | Geburtsdatum |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Mobile |       |
| E-Mail |       |
| Nationalität |       | Konfession |       |
| Krankenkasse |       | Hausarzt |       |
| **Eltern** |
| Mutter Name/Vorn. |             | Sorgerecht | 󠄀 ja / 󠄀󠄀 nein |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Mobile |       |
| E-Mail |       |
| Vater Name/Vorn. |             | Sorgerecht | 󠄀 ja / 󠄀󠄀 nein |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Mobile |       |
| E-Mail |       |
| **Involvierte Institutionen (bitte Kontaktdaten angeben)** |
| Beistand |       |
| IV-Stelle |       |
| SPD |       |
| Andere |       |
| **Angaben** |
| Zuweisungs-umstände |       |
| Diagnosen |       |
| Aktuelle Situation |       |
| Relevante anamnestische Angaben | Persönliche Anamnese:      |
| Schulische Anamnese:      |
| Familienanamnese:      |
| Aktuelle Medikation |       |
| Psychostatus |       |
| Beurteilung/ Therapieziele |       |
| **Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt** |
| Name / Vorname |             | Funktion |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon / E-Mail |       /       |
| Datum |       | Unterschrift |

Bitte per Mail an:

kjp.tageskliniksolothurn@spital.so.ch