**Patientenanmeldung zur Asperger-Sprechstunde**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | |
| Name |  | Vorname |  |
| Strasse |  | PLZ / Wohnort |  |
| Telefon |  | Geburtsdatum |  |
| E-Mail Adresse |  |  |  |
|  | | | |
| **Bemerkungen (Bitte teilen Sie uns mit, ob Sie eine Abklärung und/oder eine Beratung wünschen.)** | | | |
|  | | | |
| 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