**Patientenanmeldung Abklärung Psychosefrüherkennung**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Wohnsituation |       |
| Geburtsdatum |       | Beruf |       |
| Abteilung/Ambulatorium |       | Datum der Anmeldung |       |
| **Bisherige Diagnose(n)** |
|       |
| **Momentanes Zustandsbild** |
|       |
| **Aktuelle Medikation** |
|       |
| **Abklärungsgrund und Fragestellung** |
|       |
| **Wurden bereits Untersuchungen durchgeführt? MRI? EEG? Testpsychologische Abklärung?**(Bitte Abklären und gegebenenfalls Kopie des entsprechenden Berichts beilegen.) |
|       |
| **Existieren weitere Berichte (andere Kliniken)? Wenn ja, Kopie beilegen.** |
|       |
| **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 E - Mail** Zuweisungen.pd@spital.so.ch