**Patientenanmeldung für die Tagesklinik Olten**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       E-Mail        |
| Geburtsdatum |       | Zivilstand |       |
| Nationalität |       |
| Krankenkasse |       |
| Hausarzt |       | Psychotherapeut |       |
| **Angehörige bzw. Bezugs- und / oder Kontaktperson** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| **Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |        |
| Institution + E-Mail  |       |
| Anamnese / Aktuelle Situation |       |
| Diagnose |       |
| Somatische Besonderheiten |       |
| Medikamente |       |
| Indikation, Therapieziele für Tagesklinikaufenthalt |       |
| Bemerkungen |       |
| Datum |       | Unterschrift |

**Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular zurück an folgende Adresse:**

Per Post: Psychiatrische Dienste, Tagesklinik, Baslerstrasse 150, Postfach, 4601 Olten

Per Mail: tk1.pd@spital.so.ch