**Patientenanmeldung zur neuropsychologischen Abklärung**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | | | |
| Name |  | | Vorname | |  |
| Strasse |  | | PLZ / Wohnort | |  |
| Telefon |  | | Wohnsituation | |  |
| Geburtsdatum |  | | Beruf | |  |
| Station |  | |  | |  |
| **Bisherige Diagnose(n)** |  | | | | |
| **Momentanes Zustandsbild** |  | | | | |
| **Aktuelle Medikation** |  | | | | |
| **Abklärungsgrund** *(Zutreffendes bitte ankreuzen.)* | | | | | |
| Gedächtnisstörungen | | Orientierungsschwierigkeiten | | Persönlichkeitsveränderungen | |
| Sprachstörungen | | Unselbständigkeit im Alltag | | Verwirrtheit | |
| Verhaltensauffälligkeiten – welche? | | | | | |
|  | | | | | |
| Andere Schwierigkeiten – welche? | | | | | |
|  | | | | | |
| **Liegen bereits weitere Befunde vor?** *(Zutreffendes bitte ankreuzen.)* | | | | | |
| CT | | EEG | | Laboruntersuchungen | |
| MMS/Uhr | | MRI | | SPECT | |
| Datum  Punktzahl (   /30) (   /   ) | | Wann  Wo | |  | |
| Anderes | |  | |  | |
| *Bitte Berichte von Bildgebung, EEG, neurologische Untersuchung etc. mitschicken.* | | | | | |
| **Detaillierte Fragestellung, Bemerkungen** | | | | | |
|  | | | | | |
| Fallführende/r |  | | Telefon | |  |
| Datum |  | | Unterschrift | |  |

Abklärung im Rahmen eines Gutachtens (IV o.ä.)  JA/  NEIN

**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