**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