**Anmeldung Behandlungszentrum für Alterspsychiatrie**

Tel. 032 627 14 27 ¦ E-Mail: alterspsychiatrie@spital.so.ch

[ ]  Akutklinik [ ]  Tagesklinik Solothurn [ ]  Ambulatorium Solothurn

[ ]  Konsiliardienst [ ]  Tagesklinik Olten [ ]  Ambulatorium Olten

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient**  |
| **Name** |  | **Vorname** |  |
| **Strasse** |  | **PLZ / Wohnort** |  |
| **Telefon** |  | **Wohnsituation** |  |
| **Geburtsdatum** |  | **Zivilstand** |  |
| **Krankenkasse** |  |
| **Angehörige** |  |
| **Hausarzt** |  |
| **Beh. Psychiater****(falls vorhanden)** |  |
| **Diagnose(n)** **Inkl. vorhandene Berichte** |  |
| **Aktuelle Medikation**  |  |
| **Aktuelle Situation** |  |
| **Therapieziel** |  |
| **Bemerkungen** |  |

Ort, Datum: Name / Adresse zuweisender Arzt / Ärztin (Stempel)