**Zuweisungsformular KJP Tagesklinik Solothurn**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patientin / Patient** | | | | | | | |
| Name / Vorname |  | | | Geburtsdatum | |  | |
| Strasse |  | | | PLZ / Wohnort | |  | |
| Telefon |  | | | Mobile | |  | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Nationalität |  | | | Konfession | |  | |
| Krankenkasse |  | | | Hausarzt |  | | |
| **Eltern** | | | | | | | |
| Mutter Name/Vorn. |  | | Sorgerecht | | 󠄀 ja / 󠄀󠄀 nein | | |
| Strasse |  | | PLZ / Wohnort | |  | | |
| Telefon |  | | | Mobile | |  | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| Vater Name/Vorn. |  | | Sorgerecht | | 󠄀 ja / 󠄀󠄀 nein | | |
| Strasse |  | | PLZ / Wohnort | |  | | |
| Telefon |  | | | Mobile | |  | |
| E-Mail |  | | | | | | |
| **Involvierte Institutionen (bitte Kontaktdaten angeben)** | | | | | | | |
| Beistand |  | | | | | | |
| IV-Stelle |  | | | | | | |
| SPD |  | | | | | | |
| Andere |  | | | | | | |
| **Angaben** | | | | | | | |
| Zuweisungs-  umstände |  | | | | | | |
| Diagnosen |  | | | | | | |
| Aktuelle Situation |  | | | | | | |
| Relevante anamnestische Angaben | Persönliche Anamnese: | | | | | | |
| Schulische Anamnese: | | | | | | |
| Familienanamnese: | | | | | | |
| Aktuelle Medikation |  | | | | | | |
| Psychostatus |  | | | | | | |
| Beurteilung/ Therapieziele |  | | | | | | |
| **Zuweisende Ärztin / Zuweisender Arzt** | | | | | | | |
| Name / Vorname |  | | Funktion | | | |  |
| Strasse |  | | PLZ / Wohnort | | | |  |
| Telefon / E-Mail | / | | | | | | |
| Datum |  | Unterschrift | | | | | |

Bitte per Mail an:

[kjp.tageskliniksolothurn@spital.so.ch](mailto:kjp.tageskliniksolothurn@spital.so.ch)