**Patientenanmeldung zur testpsychologischen Abklärung**

|  |
| --- |
| **Patientin / Patient** |
| Name |       | Vorname |       |
| Strasse |       | PLZ / Wohnort |             |
| Telefon |       | Wohnsituation |       |
| Geburtsdatum |       | Beruf |       |
| Abteilung/Ambulatorium |       | Datum der Anmeldung |       |
| **Bisherige Diagnose(n)** |
|       |
| **Momentanes Zustandsbild** |
|       |
| **Aktuelle Medikation** |
|       |
| **Abklärungsgrund und Fragestellung**[ ]  Intelligenz [ ]  ADHS [ ]  Persönlichkeitsstörung [ ]  Asperger-Syndrom [ ]  Sonstiges (genaue Angaben) |
|       |
| **Wurden bereits Testuntersuchungen durchgeführt? Wenn ja, welche?**(Bitte Abklären und gegebenenfalls Kopie des entsprechenden Berichts beilegen. Bitte beachten Sie, dass eine ADHS-Abklärung nicht durchgeführt wird, wenn bereits eine ADHS-spezifische Medikation wie z. B. Ritalin, Concerta etc. verschrieben wurde und/oder eingenommen wird.) |
|       |
| **Existieren weitere Berichte (andere Kliniken)? Wenn ja, Kopie beilegen.** |
|       |
| Abklärung im Rahmen eines Gutachtens (IV o.ä.) [ ]  JA/ [ ]  NEIN |
| **Bemerkungen** |
|       |
| Fallführende/r |       | Telefon |       |
| Datum |       | Unterschrift |       |

**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

***Aktuell ist mit einer längeren Wartezeit (mehrere Monate) zu rechnen. Besten Dank für Ihr Verständnis.***