

Mosaik Leipzig e. V.
PSZ Leipzig
Peterssteinweg 3
04107 Leipzig

Nur vom PSZ Leipzig auszufüllen!

Anmeldedatum/FK	
Fallnummer	
Screening FK/DM/Termin	



Anmeldebogen zur Beratung/Behandlung im Psychosozialen Zentrum für Geflüchtete Leipzig (PSZ Leipzig)

Zum / Zur Klient*in:

Vor- und Nachname:	
Geschlecht:	☐ weiblich ☐ männlich ☐ andere/inter/divers
Geburtsdatum:	
Adresse (Straße und PLZ/Ort):	
Wohnform:	☐ EAE ☐ GU ☐ eigene Wohnung
Familiensituation (bitte Verantwortung/ Belastung erfragen):	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Herkunftsland und Staatsangehörigkeit:	
Sprache(n):	
Dolmetscher*in erforderlich:	☐ ja ☐ nein / zu beachten:
Aufenthaltsstatus:	
Asylverfahrensstand (bei EAE erfragen):	☐ Anhörung stattgefunden ☐ Anhörung ausstehend

Zur Anmeldung:

Name kontaktaufnehmende Person: Kontaktaten der Institution (Name, Adresse, Telefon, E-Mail):	
weitere wichtige Kontaktperson(en):	
Klient*in mit Anmeldung einverstanden:	☐ ja ☐ nein

Anliegen und Symptomatik:

Grund der Anmeldung:	
Besteht eine akute Notsituation?	☐ ja ☐ nein Grund:
weitere Angaben zu: <i>behandelnden Arzt*innen oder unterstützenden Beratungsstellen/ früheren Klinikaufenthalten/ vorliegenden Diagnosen/...</i>	

Hiermit willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch das PSZ Leipzig ein. Mir ist bewusst, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann und dass ich vom PSZ Leipzig Auskunft über die über mich gespeicherten Daten verlangen kann (z.B. über datenschutz@mosaik-leipzig.de).

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontakt:
0341/ 4145360
psz@mosaik-leipzig.de
www.mosaik-leipzig.de

Bankverbindung:
GLS Gemeinschaftsbank
IBAN: DE37 4306 0967 1157 4608 00
BIC: GENODEM1GLS

Registergericht:
Amtsgericht Leipzig
Registernr.: 5504

Steuernr.:
232/140/15269