

Mosaik Leipzig e. V.
 Kinder u. Jugendbereich
 PSZ Leipzig
 Peterssteinweg 3

Anmeldedatum:

Fallnummer:



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

Anmeldung für Klient:innen (Kind / Jugendliche|r / - bis 18.Lebensjahr)

Vorname:	
Nachname:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
Postleitzahl/Ort:	
Telefon:	
Wohnform:	<input type="checkbox"/> EAE <input type="checkbox"/> GU <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> WG <input type="checkbox"/> Pflegefamilie <input type="checkbox"/>
Herkunftsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Besucht Kita/Schule:	
Konfession:	
Gibt es einen Vormund:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Wer? Kontaktdaten
Aufenthaltsstatus/ Asylverfahrensstand:	<input type="checkbox"/> Anhörung stattgefunden <input type="checkbox"/> Anhörung ausstehend
In Deutschland seit:	
Sprachmittler*in notwendig:	Wenn ja, welche Sprache:

Kontaktperson (Mutter Vater Fachkraft..... Sonstiges)

Vorname:	
Nachname:	
Funktion/Institution:	
Telefon:	
E-Mail:	
Adresse:	
Wie haben Sie von uns erfahren:	

Kontakt:
 0341/24910084
 kijju@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

Anliegen und Symptomatik:

Grund der Anmeldung: (Welche Belastungen liegen aktuell vor?)	
Krankheiten/körperliche Beschwerden:	
Nimmt das Kind Medikamente?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wenn ja: Welche Medikamente:
Behandelnde(r) Arzt/Ärztin:	
Besondere Familiensituation:	
Besondere Lebenssituation:	

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 eine Auskunft über die über mich gespeicherten Daten verlangen kann (z.B. über datenschutz@mosaik-leipzig.de).

Datum: _____ Unterschrift (Kontaktperson): _____

Datum: _____ Unterschrift (Sorgeberechtigte/r 1): _____

Datum: _____ Unterschrift (Sorgeberechtigte/r 2): _____