



..... تاريخ التسجيل:

موزاييك لايبزيغ (Mosaik Leipzig e. V.)
قسم الأطفال والشباب
لايبزيغ PSZ
Peterssteinweg 3

..... رقم الحالة:

استمارة التسجيل للاستشارة / العلاج
في المركز النفسي الاجتماعي للاجئين (PSZ لايبزيغ)

تسجيل للمراجع/ة (طفل/ مراهق/ة)

الاسم:	
الكنية:	
الجنس:	
تاريخ الميلاد:	
الشارع:	
الرمز البريدي / المدينة:	
رقم الهاتف:	
نوع السكن:	<input checked="" type="checkbox"/> مركز الاستقبال الأولي للاجئين <input type="checkbox"/> سكن جماعي <input type="checkbox"/> سكن مشترك <input type="checkbox"/> شقة خاصة <input checked="" type="checkbox"/> أسرة حاضنة <input type="checkbox"/>
الموطن:	
الجنسية:	
يُداوم في روضة/المدرسة:	
البيان:	
هل يوجد وصي؟	<input type="checkbox"/> لا <input checked="" type="checkbox"/> نعم، بيانات الاتصال هذا الشخص:
ما هو وضع الإقامة أو وضع اللجوء للطفل/المراهق؟:	
في ألمانيا منذ:	
هل هناك حاجة لمترجم؟	إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي اللغة؟:

الشخص المسؤول للتواصل (O الأم O الأب O الأخّائي O أخرى:.....)

الاسم:	
الكنية:	
الوظيفة / المؤسسة:	
رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:	
العنوان:	
كيف علمت عنا؟	

المواضيع / الأعراض

الأسباب التسجيلية: (ما هي المواضيع الحالية؟)	
الأمراض / المشاكل الجسدية:	
O نعم O لا	هل يتناول الطفل أدوية؟: إذا كان الجواب نعم: ما هي الأدوية؟
	الطبيب/الطبيبة المعالج/ة:
	الوضع العائلي الخاص:
	الوضع الحياتي الخاص:

بموجب ذلك، أوفق على تخزين ومعالجة بياناتي الشخصية بواسطة PSZ لايبزيغ. وأنا على علم بأنني يمكنني سحب هذه الموافقة في أي وقت، وأنني يمكنني الاستعلام من PSZ لايبزيغ بشأن البيانات المخزنة عني (على سبيل المثال، عبر البريد الإلكتروني datenschutz@mosaik-leipzig.de)

التاريخ: _____ التوقيع (الشخص المسؤول للتواصل): _____

التاريخ: _____ التوقيع (الوصي / الوصية ١): _____

التاريخ: _____ التوقيع (الوصي / الوصية ٢): _____