

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)

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	
			
Was ist der Aufenthalts-Titel oder Asyl-Status des Kindes / Jugendlichen?				
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:			

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): _____