

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

Anmeldedatum: .....

Fallnummer: .....



**Регистрационный формулляр для получения консультации/помощи  
в психосоциальном центре г. Лейпциг (PSZ Leipzig)**

**Клиентская регистрация (ребенок/подросток)**

Имя:	
Фамилия:	
Пол:	
Дата рождения:	
Улица:	
Почтовый индекс/город:	
Телефон:	
Форма проживания:	<input type="checkbox"/> О центр первичного приема (ЕАЕ) <input type="checkbox"/> О общежитие (GU) <input type="checkbox"/> О отдельная/частная квартира <input type="checkbox"/> О совместный съем квартиры (WG) <input type="checkbox"/> О патронатная семья <input type="checkbox"/> О иная: .....
Страна происхождения:	
Гражданство:	
Посещение детского сада/школы:	
Вероисповедание:	
Наличие опекуна:	<input type="checkbox"/> О нет <input type="checkbox"/> О да (укажите контактные данные) .....
Какой у ребенка/подростка вид на жительство или статус убежища?	
Пребывание в Германии с:	
Потребность в переводе/переводчице:	<input type="checkbox"/> О да <input type="checkbox"/> О нет Если да, то для какого языка: .....

**Контактное лицо (О мать    О отец    О специалист.....    О иное .....**)

Имя:	
Фамилия:	
Должность/учреждение:	
Телефон:	
Электронная почта:	
Адрес:	
Расскажите, откуда вы узнали о нас:	

**Причина обращения и симптомы:**

Причина регистрации: (Нынешние трудности/что вас беспокоит)	
Заболевания/физические жалобы:	
Принимает ли ребенок лекарства?	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Если да, перечислите их:	.....
Лечащий врач:	
Особые семейные обстоятельства:	
Особые жизненные обстоятельства:	

**Я даю свое согласие на хранение и обработку моих персональных данных со стороны PSZ Leipzig. Мне известно, что я могу в любое время отозвать данное согласие и что я могу запросить у PSZ Leipzig информацию о хранящихся обо мне данных. (например, по электронному адресу [datenschutz@mosaik-leipzig.de](mailto:datenschutz@mosaik-leipzig.de)).**

Дата \_\_\_\_\_ Подпись (контактное лицо) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись (родитель/опекун 1) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Подпись (родитель/опекун 2) \_\_\_\_\_