

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

Zur Anmeldung:

Name kontaktaufnehmende Person: Kontaktdaten der Institution (Name, Adresse, Telefon, E-Mail):	
weitere wichtige Kontaktperson(en):	
Klient*in mit Anmeldung einverstanden:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anliegen und Symptomatik:

Grund der Anmeldung:	
Besteht eine akute Notsituation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grund:
weitere Angaben zu: <i>behandelnden Ärzt*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: _____