

Mosaik Leipzig e. V.  
 PSZ Leipzig  
 Peterssteinweg 3  
 04107 Leipzig  
 0341 92787712  
 psz@mosaik-leipzig.de

*Angaben für TA nur vom PSZ auszufüllen!*

Anmeldedatum/FK	
Fallnummer	
Fachkräfte	
Dolmetscher*in	
Termin/Uhrzeit	



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

Bitte übermitteln an: E-Mail: [assistenz.psz@mosaik-leipzig.de](mailto:assistenz.psz@mosaik-leipzig.de) Fax: 0341/92787713

### Zum/r Klient\*in

Vorname Nachname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> andere
Geburtsdatum:	
Adresse (Straße und Ort):	
Telefonnummer:	
E-Mail:	
Herkunftsland:	
Staatsangehörigkeit:	
Aufenthaltsstatus:	
Sprache(n):	
Dolmetscher*in erforderlich:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zu beachten:

### Zur Anmeldung:

kontaktaufnehmende Person (Vorname Nachname):	
Kontaktdaten der Institution (Name, Adresse, Telefon, E-Mail):	
weitere wichtige Kontaktperson(en):	
Ist der/die Klient*in über die Anmeldung informiert und einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Falls möglich bitten wir um Angaben

zum Grund der Anmeldung:	
Besteht eine akute Notsituation?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Grund:
zu medizinischen Behandler*innen:	
zu früheren Klinikaufenthalten:	
zu vorliegenden Diagnosen:	

Mit meiner Anmeldung und Unterschrift willige ich in die Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten durch das PSZ Leipzig ein.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_