

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: Kontakt Daten 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.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Kontakt:
 0341/ 4145360
 psz@mosaik-leipzig.de
 www.mosaik-leipzig.de

Bankverbindung:
 GLS Gemeinschaftsbank
 IBAN: DE37 4306 0967 1157 4608 00
 BIC: GENODEM1GLS

Registergericht:
 Amtsgericht Leipzig
 Registernr.: 5504

Steuernr.:
 232/140/15269