

ANMELDEBOGEN – Psychosoziales Zentrum Montabaur

Anmeldung durch (für Vermittlung von Fachdiensten)

Institution/Fachdienst:

Name:

Nummer:

Mail:

Name:		Datum der Anmeldung:	
Vorname:		Geschlecht:	
Geburtsdatum:		Sonstiges:	

Nationalität:		Staatsangehörigkeit:	
Muttersprache:		Volkszugehörigkeit/Ethnie:	
Einreisedatum:		Asylstatus:	
Familienstand:		Kreisverwaltung:	

Dolmetscher:		Gleichgeschlecht:	
--------------	--	-------------------	--

Adresse:	Ansprechpartner:
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Grund der Beratung: ☐ gesundheitliche Probleme _____ _____ ☐ psychische Probleme _____ _____ ☐ soziale Probleme _____ _____ ☐ sonstiges _____ _____	

Auftrag an PSZ:

Version 2019-1.1

Einverständniserklärung

*Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten vom Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Montabaur gespeichert werden, soweit dies für die Bearbeitung der Anfrage erforderlich ist. Die Daten werden in Übereinstimmung mit dem jeweils geltenden Datenschutzrecht erhoben und genutzt. Kontaktdaten wie E-Mail-Adressen und Telefonnummern werden ausschließlich für die Korrespondenz zwischen dem/der Klient*in und den zuständigen Mitarbeitenden des Diakonischen Werks verwendet.*

Ich wurde über mein Widerrufsrecht informiert. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich zurücknehmen.

Datum

Unterschrift