

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete

Treppenstraße 4, 34117 Kassel

Anmeldung

Erstkontakt/ vermittelt durch:

Datum	
NAME, Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Familiensituation Kinder	
Adresse	
Telefonnummer	
*E-Mail (freiwillige Angabe)	
Ankunft in Deutschland	
Herkunftsland	
Sprachkenntnisse	
Ist es wichtig ob Dolmetscherin oder Dolmetscher?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich <input type="checkbox"/> Nein
Anlass der Vorstellung	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines Psychiater Termins <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> Sonstige Beratung
Symptome/ Beschwerden	
Aufenthaltsstatus (Kopie)	

Gibt es Aufenthaltsprobleme?	
Hausarzt*in (Adresse) <input type="checkbox"/> SWE (Schweigepflichtsentbindung) liegt vor	
Vorerkrankungen	
Medikamente aktuell	
Psychiater*in Adresse <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Mobilität	
Über Sozialamt oder Krankenkassen versichert?	<input type="checkbox"/> Krankenkasse Sachbearbeiter/in Tel.: <input type="checkbox"/> Sozialamt Sachbearbeiter/in Tel.: <input type="checkbox"/> Keine
Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Jobcenter <input type="checkbox"/> Arbeit
Unterstützer (Name, Telefon, E-Mail) <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Beratungsstellen vor Ort? Name u. Kontaktdaten	
Familienhilfe/ Sozialarbeiter der Unterkunft Name, Telefon, E-Mail	
Rechtsanwalt? Name u. Kontaktdaten <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Anzeichen für Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Schädlicher Gebrauch <input type="checkbox"/> Abhängigkeit/en <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Muss im Verlauf geklärt werden
Geeignete Dolmetscher vor Ort? Name u. Kontaktdaten	