



Anmeldeformular Flüchtlingsambulanz

1. Name der Patient:in, des Patienten:

2. Geboren am:

3. Geschlecht (m/w/d):

4. Aktuelle Anschrift der Patient:in, des Patienten:

5. Ggf. Adresse der Wohneinrichtung oder von Angehörigen außerhalb des eigenen Haushalts
(Fördern und Wohnen, Wohnunterkunft ähnliches):

6. Geburtsland/Herkunftsland:

7. Staatsangehörigkeit:

8. Sprache:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben:

11. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen? Mit Eltern/Familie oder unbegleitet (Zutreffendes bitte einkreisen)

12. Kontaktdaten/Name des Vormundes:

Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax).

13a. Krankenversicherung:

13b. Versichertennummer:

Sollte keine Versichertenkarte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax).

14. Seit wann sind Sie in Deutschland? (Bitte Datum angeben:

15. Aufenthaltsstatus:

16. Anhörung hat bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)

17a. Ich bin bereits anderweitig in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung (bitte Namen eintragen):

17b. Falls ja, seit wann und bei wem (bitte Anschrift eintragen):

18. Telefonnummer, Name und Mailadresse der Anrufer:in/des Anrufers (Betreuer:in, Betreuer, Vormund, Lehrer:in, Lehrer o.ä.):

Vollmacht über Angelegenheiten der elterlichen Sorge

Ich, (Elternteil, welches nicht anwesend sein kann):

Name	Anschrift	Telefon

...bin Mitinhaber(in) der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder

Name	Geburtsdatum	Anschrift
1.)		
2.)		
3.)		

Ich bevollmächtige hiermit das begleitende Elternteil:

Name	Anschrift	Telefon

...mich in folgenden Angelegenheiten der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder rechtlich zu vertreten und auch sonst im Rahmen dieser Aufgaben in meinem Namen zu handeln (gilt, sofern angekreuzt, Nichtzutreffendes streichen):

- alle Angelegenheiten
- Gesundheitsfürsorge

Datum und Unterschrift nicht begleitendes Elternteil

Unterschrift begleitendes Elternteil

Patient:in/Patient:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Vormund:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Betreuer:in/Betreuer/Familienhilfe:

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Mailadresse:

Eltern:

Mutter

Vor- und Nachname:

Vater

Vor- und Nachname:

Telefonnummer:

Telefonnummer:

Anschrift:

Anschrift:

Mailadresse:

Mailadresse:

Geschwister:

Vor- und Nachname:

Schule:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer:

Mailadresse:

Name der Klassenlehrer:in/des Klassenlehrers:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrer:in/des Lehrers:

Hausärztliche oder kinderärztliche Praxis:

Vor- und Nachname:

Adresse:

Telefonnummer:

Mailadresse:
