

# Anmeldebogen Psychosoziales Zentrum Mönchengladbach

Bitte füllen Sie den Bogen soweit wie möglich aus und lassen ihn uns per Mail (psz@skm-ry.de), per Fax (02166/1309769) oder per Post (Postanschrift: Odenkirchener Straße 7, 41236 Mönchengladbach) zukommen. Für Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung (Tel.: 02166/1309766). Wir melden uns so schnell wie möglich zurück. Vielen Dank!



<b>Anmeldung von</b>		<b>Wer meldet an?</b>	
<hr/>		<hr/>	
(Name, Vorname)		(Name)	
<hr/>		<hr/>	
(Geburtsdatum/Alter)	(Geschlecht)	(Einrichtung)	
<hr/>		<hr/>	
(Straße, Hausnummer)		(Telefon)	
<hr/>		<hr/>	
(Postleitzahl, Stadt)		(Mail)	
<hr/>		<hr/>	
(Telefon)			
<hr/>			
(Mail)			
<hr/>			
Wen sollen wir über einen Termin benachrichtigen?	<input type="checkbox"/> Sie als anmeldende Stelle <input type="checkbox"/> Flüchtling selbst <input type="checkbox"/> Sonstiges (Name/Kontakt): _____		
Herkunftsland:			
In Deutschland seit: (MM/JJ)			
Sprachen, in denen Gespräche gut möglich sind:			
Es geht um (Anlass der Anmeldung):			
Aufenthaltsstatus	<input type="checkbox"/> Ankunftsnachweis <input type="checkbox"/> Aufenthaltsgestattung <input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis <input type="checkbox"/> Duldung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____		
Sind Fristen zu beachten? (Transfer, Abschiebeandrohung)			
Besteht Anbindung an...	<input type="checkbox"/> Beratungsstelle: _____ <input type="checkbox"/> Rechtsanwalt*in: _____ <input type="checkbox"/> Psychiater*in/Ärzt*in: _____		
Weitere wichtige Informationen			

**Bitte bringen Sie zum 1. Termin im PSZ, sofern vorhanden, Unterlagen aus vorherigen Behandlungen sowie Unterlagen des Asylverfahrens mit.**

SKM Rheydt- Katholischer Verein für soziale Dienste Rheydt e.V.

*Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Mönchengladbach*

Odenkirchener Straße 7  
41236 Mönchengladbach

### **Einwilligungserklärung zur Erhebung personenbezogener Daten gemäß § 8 KDG**

Ich, \_\_\_\_\_ (Name, Vorname), geb. am \_\_\_\_\_, erkläre mich damit einverstanden, dass Daten zu meiner Person im Rahmen meiner Beratung im psychosozialen Zentrum im erforderlichen Umfang erfasst und gespeichert werden.

Mir ist bekannt, dass die Erhebung meiner personenbezogenen Daten ausschließlich der fachlichen Beratung im Rahmen der psychosozialen Beratung dient und die Inanspruchnahme dieser Dienstleistung ohne meine Einwilligung zur Datenerhebung nicht erfolgen kann.

Die mich beratenden Personen und deren Mitarbeiter/-innen unterliegen der gesetzlichen Schweigepflicht und dem (kirchlichen) Datenschutzgesetz. Meine Daten sollen nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Erhebung meiner Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

---

Ort, Datum, Unterschrift der/des  
Klient/-in/-s (bei unter 13-Jährigen die  
Unterschrift des gesetzlichen  
Vertreter(s))