

KONTAKTFORMULAR

Psychosoziales Zentrum Mönchengladbach



Psychosoziales
Zentrum für
Geflüchtete
Mönchengladbach

Bitte füllen Sie den Bogen so vollständig wie möglich aus und lassen Sie uns diesen auf einem der folgenden Wege zukommen:

- **E-Mail:** psz@skm-mg.de
- **Fax:** 02166 130 97 69
- **Postanschrift:** PSZ Mönchengladbach,
Waisenhausstraße 22c, 41236 Mönchengladbach

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung: 02166 130 97 66

Vielen Dank. Wir werden uns schnellstmöglich bei Ihnen melden.

Wer meldet an? (Name, Vorname)	Wer meldet an? (Name, Vorname)
(Geburtsdatum / Alter) (Geschlecht) ☐ w ☐ m ☐ d	(Einrichtung)
(Straße, Hausnummer)	(Telefon)
(Postleitzahl, Stadt)	(E-Mail)
(Telefon)	
(E-Mail)	
Wen sollen wir über einen Termin benachrichtigen?	☐ Sie, als anmeldende Instanz ☐ Sonstiges (Name / Kontakt): ☐ Geflüchtete Person
Herkunftsland:	In Deutschland seit (MM/JJ):
Sprachen, in denen eine gute Kommunikation stattfinden kann:	
Anlass der Anfrage, worum geht es?	
Aufenthaltsstatus: ☐ Ankunftsnaachweis ☐ Aufenthaltsgestattung ☐ Aufenthaltserlaubnis ☐ Duldung ☐ Sonstiges:	
Sind Fristen zu beachten (Transfer, Abschiebeandrohung)?	
Besteht eine Anbindung an: ☐ Beratungsstelle ☐ Rechtsanwält:in ☐ Psychiater:in / Ärzt:in ☐ Sonstiges:	
Weitere wichtige Informationen:	

Bitte bringen Sie – sofern vorhanden – zum ersten Termin im PSZ die Unterlagen früherer Behandlungen sowie die Dokumente zu Ihrem Asylverfahren mit.

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
Vertreters)