

## Kontaktfragebogen für Anfragen

Datum: \_\_\_\_\_

Mitarbeiter:in: (intern) \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum/Alter: \_\_\_\_\_  m  w  d

Adresse /Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Herkunftsland: \_\_\_\_\_ In D seit: \_\_\_\_\_ Sprache/-n: \_\_\_\_\_

Ist die Person Wege-fähig? \_\_\_\_\_

Aufenthaltsstatus:  Asylantrag ja/nein  Duldung  Aufenthaltsgestaltung  Aufenthaltserlaubnis  
 Aufenthalt bedroht  Dublin  Kirchenasyl  \_\_\_\_\_

Weiß die Person was eine tagesklinische Behandlung ist? (Gruppensetting, mehrmonatiger Aufenthalt,  
Anwesenheit 9-16 Uhr, Genaueres dazu auf unserer Internetseite) \_\_\_\_\_

Wünscht die Person eine tagesklinische Behandlung? \_\_\_\_\_

Name Kontaktperson/Vermittelt durch: \_\_\_\_\_

Institution: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Vorbehandlung/Art: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Hintergrund:  Verfolgung/Folter: \_\_\_\_\_  
 Krieg: \_\_\_\_\_  
 anderes:  private Gewalt  geschlechtsspezifische Gewalt  \_\_\_\_\_

### Beschreibung der Problemlage:

\_\_\_\_\_

### Beschreibung der Symptomatik:

\_\_\_\_\_

### Ggf. Verdachtsdiagnosen:

\_\_\_\_\_

### Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

DAS AUSGEFÜLLTE FORMULAR BITTE PER EMAIL AN [tagesklinik@ueberleben.org](mailto:tagesklinik@ueberleben.org) ODER PER FAX AN [030303906677](tel:030303906677)