

Kontaktfragebogen für Anfragen / Tagesklinik 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 Aufenthaltsgestattung 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 ODER PER FAX AN [030303906677](tel:030303906677)