



Anmeldung

Datum	
NAME, Vorname	
Geburtsdatum	
Kinder	
Adresse	
Telefonnummer	
e-Mail/ whatsapp - Kontakt	
Herkunftsland und Sprache Herkunftssprache und sonstige Sprachkenntnisse	
Anlass der Vorstellung (bitte auswählen)	<input type="checkbox"/> Vermittlung eines Psychiater-Termins (Medikamente) <input type="checkbox"/> Gespräche <input type="checkbox"/> sonstige Beratung _____
Symptome/Beschwerden	
Hausärzt*in (Adresse)	
Medikamente aktuell	
(behandelnde) PsychiaterIn (Adresse)	
Versichert über (z.B. Krankenkasse, Sozialamt...)	

Einwilligungserklärung

Ich habe die Informationen zur Erhebung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten verstanden.
Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten zum Zweck der Beratung und Behandlung durch
Mitarbeiter*innen des NTFN erhoben und gespeichert werden. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit
für die Zukunft widerrufen werden.

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT: _____

Schweigepflichtsentbindung

Ich bin damit einverstanden, dass Berichte/ Informationen zwischen dem NTFN und unten aufgeführten Personen/
Institutionen (per Email, Telefon, Fax und Post) ausgetauscht werden.

Unterstützer*in / Sozialarbeiter*in (Name, Telefon, E-Mail): Ärzt*in: Sonstige:	Bitte nicht zutreffendes durchstreichen
--	--

DATUM: _____ UNTERSCHRIFT _____

Bank für Sozialwirtschaft | IBAN DE95 2512 0510 0008 5644 10
Vorstand: Susanne Schröder, Nicolai Zipfel, Dr. Gisela Penteker, Henning Roehrs, Martin Roger

Projekte u.a. gefördert durch:

Mitglied in:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

