



Anmeldung

Datum	
Angemeldet über mehrsprachige Telefonberatung ? JA () bei _____	
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	
Hausarzt*in (Adresse)	
Medikamente aktuell	
(behandelnde) PsychiaterIn (Adresse)	
Versichert über (z.B. Krankenkasse, Sozialamt...)	

Einwilligungserklärung

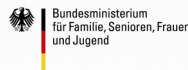
Ich habe die Informationen zur Erhebung, Speicherung und Weitergabe meiner Daten verstanden.
Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten zum Zweck der Beratung und Behandlung durch Mitarbeiter*innen des NTFN erhoben und gespeichert werden. Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit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

Sparkasse Hildesheim | IBAN: DE60 2595 0130 0034 4899 98 | BIC: NOLADE21HIK
Vorstand: Susanne Schröder, Nicolai Zipfel, Dr. Gisela Penteker, Henning Roehrs, Martin Roger

Projekte u.a. gefördert durch:



Niedersächsisches Ministerium
für Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Mitglied in:

