



Anmeldung

Erstgespräch bei:

Datum	
NAME, Vorname	
Geburtsdatum	
Kinder	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail	
Herkunftsland und Sprachkenntnisse Herkunftssprache und sonstige Sprachkenntnisse	
Anlass der Vorstellung	
Symptome/Beschwerden	
Anzeichen	<input type="checkbox"/> Riskanter Konsum <input type="checkbox"/> Schädlicher Gebrauch <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Missbräuchlicher Konsum <input type="checkbox"/> Abhängigkeit/en <input type="checkbox"/> Muss im Verlauf geklärt werden
Anzeichen Detail	
Vulnerabilität	
Geeignete Dolmetscher vor Ort? Name u. Kontaktdaten	

Hausärzt*in (Adresse) <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Vorerkrankungen	
Medikamente	
PsychiaterIn (Adresse) <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Mobilität	
Ist es wichtig ob Psychotherapeutin oder Psychotherapeut?	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialamt _____ <input type="checkbox"/> Krankenkasse → welche Kasse: _____ <input type="checkbox"/> in Krankenkasse über Sozialamt: _____ <input type="checkbox"/> keine
Lebensunterhalt	<input type="checkbox"/> Sozialamt _____ <input type="checkbox"/> Jobcenter: _____ <input type="checkbox"/> Arbeit: _____
Seit wann in Deutschland? (ungefähres Datum)	
Unterstützer*in (Name, Telefon, E-Mail) <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	
Beratungsstellen vor Ort? Name u. Kontaktdaten	
Familienhilfe? Name u. Kontaktdaten	
Aufenthaltsstatus	
Gibt es Aufenthaltsprobleme?	
Rechtsanwält*in? Name u. Kontaktdaten <input type="checkbox"/> SWE liegt vor	

Bank für Sozialwirtschaft | IBAN DE74 2512 0510 0008 5644 00
Vorstand: Susanne Schröder, Nicolai Zipfel, Dr. Gisela Penteker, Henning Röhrs, Martin Roger

Projekte u.a. gefördert durch:

Mitglied in:





WICHTIGE HINWEISE:

SOZIALANAMNESE:

von NTFN auszufüllen

Erstgespräch bei:
Aufnahmedatum:
Anfrage von:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> jugendlich <input type="checkbox"/> mit Familie <input type="checkbox"/> unbegleitet
Termine bei:
Nächster Termin:
Verantwortlich:
Vermittlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aufnahme PSZ: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Aufnahme Liste: <input type="checkbox"/> Stellungnahme <input type="checkbox"/> Gutachten

Dokumentation: