

Anmeldebogen



bitte zurücksenden an Email: therapie@refugio-thueringen.de
 per Fax: 03641/ 23 81 98

Ihre Institution und Kontaktdaten	
weitere wichtige Kontaktpersonen	
Zum/Zur Klient/in:	
NAME, Vorname	
Geschlecht	
Geburtsdatum	
Wohnort	
Kontaktdaten (Anschrift/ Tel.)	
Nationalität	
Sprache(n)	
Dolmetscher erforderlich	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Aufenthaltsstatus	
seit wann in Deutschland	
Symptomatik:	
aktuelle Hauptsymptome, die Klient/in schildert	
Einschätzung der Suizidalität	<input type="checkbox"/> vorliegend/ <input type="checkbox"/> nicht vorliegend/ <input type="checkbox"/> nicht einschätzbar
bereits vorliegende Diagnosen	
in medizinischer Behandlung	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, bei:
frühere Klinikaufenthalte	<input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, am:
Anliegen	<input type="checkbox"/> Stellungnahme <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Sozialberatung <input type="checkbox"/> Sonstiges,
Dringlichkeit	

Ort/ Datum: