

## Anmeldebogen zur Traumatherapie und psychosozialen Beratung

Name, Vorname:

Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Geschlecht:  m  w  d Nationalität:

In Deutschland seit: Aufenthaltsstatus: geflohen aus der Ukraine:  ja  nein

Familienstand: Familie in D:  
Muttersprache/weitere Sprachkenntnisse: Sprachmittlung nötig:

Adresse:

Telefon: E-Mail:

Stabiler Internetzugang zur Verfügung:  ja  nein Kontakt per Videochat möglich:  ja  nein

Mobilität zu Standorten vorhanden:  Trier  Bitburg  Daun  Simmern  Kirchberg

### Falls Sie (der/die Klient\*in) sich selbst anmelden:

Wie beschreiben Sie Ihr Anliegen/Ihren Anlass für die Anmeldung?

Ist bereits eine Diagnose gestellt worden? Welche und von wem? Sind ärztl. Berichte beigelegt?

Relevante Besonderheiten (Gesetzliche Betreuung, Barrierefreiheit notwendig, etc.)

### Falls angemeldet durch Institution/Fachdienst:

Name: Institution/Fachdienst:

Tel.: E-Mail:

Wie wird das Problem für Sie als Fachdienst sichtbar? Sind traumatische Erlebnisse bekannt? Welche?

Wie würden Sie, wenn möglich, das Anliegen einordnen?  Psychologisch/Therapeutisch  Sozial

Ich stimme zu, dass das PSZ Trier meine Angaben aus diesem Anmeldeformular erheben und verarbeiten darf. Diese Einwilligung kann gegenüber dem PSZ Trier jederzeit widerrufen werden. Ich stimme einer Terminvergabe zur Therapie/ Beratung zu. Weitere Infos: [www.caritas-region-trier.de](http://www.caritas-region-trier.de) und [www.diakoniehilft.de](http://www.diakoniehilft.de).

Unterschrift des\*der Klient\*in: \_\_\_\_\_

Nur für den internen Gebrauch:

Anfrage gekommen am:

\_\_\_\_\_