



## Anmeldebogen

Bitte zurücksenden an: Halle Fax: 0345-470 67 925  
Magdeburg Fax: 0391-792 933 90  
Mail [kontakt@psz-sachsen-anhalt.de](mailto:kontakt@psz-sachsen-anhalt.de)

**Psychosoziales Zentrum  
für Migrantinnen  
und Migranten  
in Sachsen-Anhalt**

### Standort Halle

Charlottenstr. 7  
06108 Halle Saale  
Telefon: 0345 - 470 67 900  
Telefax: 0345 - 470 67 925  
E-mail: [kontakt@psz-sachsen-anhalt.de](mailto:kontakt@psz-sachsen-anhalt.de)  
Internet : [www.psz-sachsen-anhalt.de](http://www.psz-sachsen-anhalt.de)

**Hinweis:** Wir weisen Sie laut  
Datenschutzgrundverordnung  
darauf hin, dass Ihre  
übersendeten Daten per E-Mail  
unverschlüsselt übermittelt  
werden.  
Wir empfehlen die Übersendung  
per Fax und Post.

### In Trägerschaft der:

**St. Johannis GmbH -**  
Gemeinnützige Gesellschaft  
für soziale Dienstleistungen  
Dr.-John-Rittmeister-Str. 6  
06406 Bernburg

Telefon: 03471 / 37 40 0  
Telefax: 03471 / 37 40 90  
E-mail: [info@sanktjohannis.org](mailto:info@sanktjohannis.org)  
Internet: [www.sanktjohannis.org](http://www.sanktjohannis.org)

Sitz der Gesellschaft: Bernburg  
Amtsgericht Stendal HRB 7611  
Geschäftsführer: Klaus Roth

Bankverbindung:  
Volksbank Börde-Bernburg eG  
Konto-Nr.: 254 270 6  
BLZ: 810 690 52

Datum:	
--------	--

### Zum/Zur KlientIn

Name, Vorname:	
Geschlecht:	
Geburtsdatum:	
Kontaktdaten: (Anschrift/ Telefonnummer)	
	<b>Wichtig!</b> Wenn sich Ihre Kontaktdaten ändern, bitte unbedingt Bescheid geben.
Herkunftsland:	
Aufenthaltsstatus (bitte <b>Kopie</b> mitsenden):	
Sprache(n):	
Chipkarte der Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dolmetscher erforderlich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Symptomatik

Aktuelle Hauptsymptome, die KlientIn schildert	
Besteht eine akute Notsituation/Notwendigkeit für einen zeitnahen Termin?	Grund:
Bereits vorliegende Diagnosen:	
in medizinischer Behandlung:	
Frühere Klinikaufenthalte:	
Anliegen:	<input type="checkbox"/> Stellungnahme <input type="checkbox"/> Diagnostik <input type="checkbox"/> Therapie <input type="checkbox"/> Sozialberatung <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<u>Ihre</u> Institution und Kontaktdaten:	
<u>Weitere</u> wichtige Kontaktpersonen:	
Unterschrift der angemeldeten Person (oder eines Erziehungs- berechtigten/Vormund):	