

E:/.....
O / PC:/.....



Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

PBV Stuttgart

**Psychosoziales Behandlungszentrum
für Überlebende traumatischer Gewalt**

An:

PBV Stuttgart
Schloßstr. 76

70176 Stuttgart

Schloßstr. 76
70176 Stuttgart
Tel.: 0711 – 28544-50
Fax: 0711 – 28544-59
pbv.anmeldung@eva-stuttgart.de

Beachten: die *PBV Stuttgart* ist ausschließlich auf die Behandlung von Überlebenden von Gewalt spezialisiert. Sollten wir nicht für Sie zuständig sein, werden wir Ihnen dies zeitnah mitteilen.

ANMELDUNG

Ihr Auftrag/Grund für die Anmeldung:

- psychologische Behandlung (Trauma), psychologische Beratung/Hilfe
 psychologische Krisenintervention
 Sonstiges _____

Wer hat Ihnen die PBV empfohlen: _____

Herr Frau Divers

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____ Nr.: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Landkreis: _____

WICHTIG! Bei Umzug bitte neue Adresse schriftlich mitteilen!

Telefon: _____ e-mail: _____

Krankenversicherung: _____

Geburtsort: _____ Geburtsland: _____

Heimatland: _____ Staatsbürgerschaft: _____

Ethnie: _____ Religion: _____

Muttersprache (Dialekt): _____

andere Sprachen: Deutsch Englisch Französisch

Schulbildung: _____ absolvierte Schuljahre: _____

gelernter Beruf: _____ Arbeit im Heimatland: _____

Arbeit in Deutschland? nein ja was: _____

Familienstand

ledig Partnerschaft
 verheiratet seit _____ geschieden seit _____
 getrennt seit _____ verwitwet seit _____

Name der Ehefrau / des Ehemannes: _____

Kinder: ja nein

Namen der Kinder	Geburtsdatum	Geburtsland
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____

Aufenthalt / Asylverfahren:

Aufenthaltsstatus

Aufenthaltsgestattung Duldung Aufenthaltserlaubnis gültig bis: _____
 deutsche Staatsbürgerschaft

Datum der Einreise nach Deutschland: _____

Datum Ausreise / Flucht: _____ von wo: _____

Fluchtgrund: _____

Anhörung beim Bundesamt am: _____

Ablehnung am: _____ Anerkennung am: _____

Klage Verwaltungsgericht am: _____ Urteil am: _____

Angaben zu potentiell traumatischen Ereignissen (selbst erlebt oder als Zeuge)

- Krieg** wann: _____ /wo: _____
- Überfall / gewalttätiger Angriff** wann: _____ /wo: _____
- schwerer Unfall** wann: _____ /wo: _____
- Vergewaltigung** wann: _____ /wo: _____
- Schläge** wann: _____ /wo: _____
- Folter** wann: _____ /wo: _____
- häusliche Gewalt** wann: _____ /wo: _____
- Zwangsheirat** wann: _____ /wo: _____
- Zwangsprostitution** wann: _____ /wo: _____
- Zwangsarbeit** wann: _____ /wo: _____
- Gefängnis / Haft** wann: _____ /wo: _____
warum: _____
- andere:** _____
_____ wann: _____ /wo: _____

Aktuelle psychische Beschwerden:

Aktuelle körperliche Beschwerden:

Sozialbetreuung:

Organisation: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____ **email:** _____

unterstützende Gruppe (Asylkreis etc.):

Organisation: _____

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____ **email:** _____

Rechtsanwalt:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____ **email:** _____

Hausarzt

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Facharzt für Psychiatrie

Name: _____

Adresse: _____

Telefon/Fax: _____

Angaben zu juristischen Vorgängen: gibt es Konflikte mit dem deutschen Gesetz, die in Zusammenhang mit Gewalt bzw. Kriminalität stehen?

(z.B. Anzeigen / Anklagen / Verurteilungen wg. Bedrohung, Körperverletzung, Drogendelikten, schwerem Diebstahl etc.?)

Bitte unbedingt mitschicken:

- Entbindung von der Schweigepflicht (siehe Anlage)
- Überweisungsschein zur psychologischen Behandlung
- vorhandene Arztberichte und / oder psychotherapeutische Berichte
- Dokumente zum Asylverfahren (z.B. Anhörungsprotokoll, BAMF-Entscheidung, Gerichtsbeschluss)

Anmeldung ausgefüllt von:

Name: _____ Vorname: _____

Tel.-Nr.: _____

Organisation: _____

Erklärungen durch angemeldete Person

Familiename: _____ Vorname: _____

1) Ich habe Interesse an einer psychologischen Behandlung in der *PBV Stuttgart*

Datum: _____ Unterschrift: _____

2) Einverständniserklärung durch angemeldete Person zur elektronischen Datenerfassung durch die *PBV Stuttgart*

Ich bin mit der elektronischen Erfassung meiner Angaben durch die *PBV Stuttgart* bis auf Widerruf einverstanden:

Datum: _____ Unterschrift: _____

Sobald ein Termin feststeht, setzen wir uns mit ihnen schriftlich in Verbindung!

Ihr Team der *PBV Stuttgart*

Bei Fragen zur Datenerhebung und zum Datenschutz können Sie sich an unseren Datenschutzbeauftragten wenden unter: datenschutz@eva-stuttgart.de oder per Post an eva Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V., Büchsenstraße 34/36, 70174 Stuttgart.

Bearbeitung durch *PBV Stuttgart*



Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V.

PBV Stuttgart

**Psychosoziales Behandlungszentrum
für Überlebende traumatischer Gewalt**

Schloßstr. 76
70176 Stuttgart
Tel.: 0711 – 28544-50
Fax: 0711 – 28544-59
pbv.anmeldung@eva-stuttgart.de

Entbindung von der Schweigepflicht

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____

Anschrift: _____

Hiermit entbinde ich die nachfolgend aufgeführten Personen und Institutionen von der Schweigepflicht gegenüber den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der **PBV Stuttgart**

1. Name, Vorname, Institution:

2. Name, Vorname, Institution:

3. Name, Vorname, Institution:

Ich bitte darum, notwendige Informationen und / oder schriftliche Berichte an die **PBV Stuttgart** weiterzugeben und erlaube den Mitarbeitern der **PBV Stuttgart** mit diesen Personen Kontakt aufzunehmen (z. B. zur Terminvereinbarung).

Datum

.....
Unterschrift des Klienten/der Klientin