

Anmeldebogen zur Traumatherapie und psychosozialen Beratung

Klient*in: Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: ____/____/____ Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ d Nationalität: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

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

Familienstand: _____

Familie in D: _____

Muttersprache/weitere Sprachkenntnisse: _____

Sprachmittlung nötig: ☐ _____

Stabiler Internetzugang zur Verfügung: ☐ ja ☐ nein

Kontakt per Videochat möglich: ☐ ja ☐ nein

Mobilität zu Standorten vorhanden: ☐ Trier ☐ Bitburg ☐ Wittlich ☐ Daun ☐ Simmern ☐ Kirchberg

Falls Sie sich selbst oder Ihr Kind anmelden:

Wie beschreiben Sie Ihren Grund 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 Anmelde-formular 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 und www.diakoniehilft.de.

Datum, Unterschrift des Sorgeberechtigten / des*der volljährigen Klient*in:

Nur für den internen Gebrauch:

Bereich: Erw. ☐ KiJu ☐

Anfrage gekommen am:

Rückmeldung ☐

Warteliste ☐

Cocuun ☐ Version 6/2025