|  |  |
| --- | --- |
| Anmeldedatum |  |
| Angemeldet von |  |
| Vorname |  | Geburtsdatum |  |
| Name |  | Geburtsort |  |
| Herkunftsland |  | Religion |  |
| Volkszugehörigkeit / Ethnie |  | Aufenthaltsstatus |  |
| Muttersprache |  | Dolmetscher/in nötig | **[ ]**  Ja[ ]  Nein |
| Adresse |  |
| Telefonnr. |  |
| Andere Ansprechpartner |  |
| Familienstand |  |
| Kinder (Anzahl, Alter) |  |
| Einreisedatum |  |
|  |
| Verfahrensberater/in |  |
| Anwalt / Anwältin |  |
| Hausarzt / Hausärztin |  |
| Facharzt / Fachärztin |  |
|  |
| Symptomatik |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Auftrag | [ ]  **Clearing** |
|  | [ ]  **Therapie** |
|  | [ ]  **Krisenintervention** |

 |
| Anlagen | **[ ]  Anhörung(en)** |
|  | **[ ]  Bescheide / Urteile** |
|  | **[ ]  Ärztliche Atteste** |
|  | **[ ]  Sonstige Dokumente** |