

E:/.....
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 Überlebende von Gewalt spezialisiert. Sollten wir nicht für Sie zuständig sein, werden wir Ihnen dies zeitnah mitteilen.

ANMELDUNG

Herr Frau Divers

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

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)

- | | |
|---|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Krieg | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Überfall / gewalttätiger Angriff | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> schwerer Unfall | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vergewaltigung | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Schläge | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Folter | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> häusliche Gewalt | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsheirat | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsprostitution | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Zwangsarbeit | wann: _____ /wo: _____ |
| <input type="checkbox"/> Gefängnis / Haft | wann: _____ /wo: _____ |
| warum: _____ | |
| <input type="checkbox"/> 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

Familienname: _____ **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
anmeldung.pbv@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