

Anmeldung für Hiketides- Psychotherapie

Datum:

Person:

Nachname:

Vorname:

Geschlecht:

☐ m

☐ **W**

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Asylstatus:

AIS-Zahl:

Herkunftsland:

Sprache(n):

Deutschkenntnisse: ☐ keine ☐ A1 oder A2 ☐ höher

Erwerbssituation: ☐ Grundversorgung

☐ arbeitslos/Notstand/Krankenstand

erwerbstätig: ☐ Teilzeit ☐ Vollzeit

Aufenthalt in Österreich: ☐ weniger als 2 Jahre ☐ 2-5 Jahre ☐ über 5 Jahre

Adresse:

Telefonnummer:

E-Mail:

Bezugsbetreuer*in/Ansprechperson:

Telefonnummer/e-mail:

Dolmetscher*in:

□ ja

☐ nein

Behandelnde/r Ärzt*in:

Telefonnummer/e-mail:

Kurze Darstellung der Situation/Diagnose:

Bitte dieses Datenblatt ausgefüllt per mail zusenden an: office@hiketides.at

Verein Hiketides, Bergstraße 12, 5020 Salzburg , Tel: 0650/ 3209202, ZVR-Zahl: 1095338510