

# Anmeldung

Psychologische Leistungen

Beratungszentrum  
Alsterdorf Paul-Stritter  
Weg 7 22297 Hamburg

Datum der Anmeldung
Anmeldung durch:
Rufnummer:
e-mail:

## Angaben Klientin/Klient

Name, Vorname:	Geschlecht männlich weiblich
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Ort:	
ggf. Institution:	e-mail:

## Angehörige/Gesetzliche Betreuung

Angehörige Name, Vorname:	Gesetzliche Betreuerin/Betreuer Name, Vorname	Aufgabenkreis ges. Betreuung:  Gesundheitsfürsorge Aufenthaltsbestimmung Finanzen Behörden/Post Einwilligungsvorbehalt
Telefon	Telefon	
e-mail	e-mail	

## Liegt bei Ihnen eine Behinderung vor? keine

Wenn Ja, welche?	GdB, GdS, Merkzeichen
	Genauere Angaben zur Behinderung

## Aktuelle Probleme/Anliegen

## Gewünschte Maßnahme

psychologische Beratung  
psychologische stützende Gespräche  
psychologische Testung  
Begutachtung

## Ihr Ziel

--

## Wohnsituation

Betreute vollstationäre Einrichtung Betreute Wohngemeinschaft Eigene Wohnung, betreut (PBW, ASP) Eigene Wohnung, nicht betreut Elternhaus	Persönlicher Assistent ( Name, Vorname)
	Telefon
	e-mail

## Arbeitsituation

in Ausbildung Tagesstätte /Tagesförderung Reha-Maßnahme WfBM Erster Arbeitsmarkt Arbeitslos Verrentet	Persönlicher Assistent ( Name, Vorname)
	Telefon
	e-mail

Bitte zurück per Brief an das :  
Beratungszentrum Alsterdorf  
Paul-Stritter Weg 7  
22297 Hamburg

oder per Fax:  
040-50773777