

#chillOUT die Jugend- und Drogenberatung

Name: Vorname:

geboren am: Alter: w m d

Straße & Hausnr.:

PLZ & Wohnort:

Tel. / Mobil: E-Mail-Adresse:

Nachricht auf AB/Mailbox in Ordnung ja nein

Angehörige/r Betroffene/r Beratung wegen: _____

Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder: Alter der Kinder:

Vermittelt durch / ermutigt von:

Staatsangehörigkeit : Geburtsort/-land :

Aufenthaltsstatus: befristet bis: _____ unbefristet

Familienstand:

Schulabschluss:

Ausbildung: abgeschlossen momentan in Ausbildung keine Ausbildung

Beruf:

Waren Sie bereits in einer anderen Beratungsstelle? Ja: _____ Nein

Erklärung zum Datenschutz

Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten zur Erbringung der Hilfe und zur Erfüllung der gesetzlichen Vorgaben erhoben, elektronisch verarbeitet und an der Beratungsstelle genutzt werden. Ich willige auch darin ein, dass die Erhebung und Verwendung meiner vorbenannten personenbezogenen Daten zu statistischen Zwecken erfolgt. Für die statistische Verwendung werden die Daten ausschließlich in anonymisierter Form an Dritte weitergegeben. Die Angabe der Daten sind freiwillig.

Ort und Datum

Unterschrift

Entbindung von der gesetzlichen Schweigepflicht

Ich,
(Name) (geboren am)

Entbinde – für die Dauer meiner Beratung / Behandlung –

Berater/in :
(Name der Beraterin / des Beraters)

Gegenüber:
(Name und Anschrift)

Wechselseitig in folgendem Umfang von der Schweigepflicht:

- Übersendung von Dokumenten
- Termine
- Sachbestand
- Sonstiges

Ich bin darüber informiert, dass diese Entbindungserklärung jederzeit schriftlich widerrufen werden kann.

(Ort und Datum)

(Unterschrift)