

Anmeldung für Hiketides - Psychotherapie
Registration for Hiketides – Psychotherapy

Datum/ Date:

Person:

Nachname/ Surname:

Vorname/ First Name:

Geschlecht/ sex:

m/m

w/f

Geburtsdatum/Date of Birth:

Versicherungsnummer/ Insurance Number:

Asylstatus/ Asylum Status:

AIS-Zahl/ Refugeenumber:

Herkunftsland/ Country of Origin:

Sprache/ Language:

Adresse/ Address:

Telefonnummer/ Phone Number:

e-mail:

BezugsbetreuerIn/Ansprechperson/ caretaker:

Telefonnummer/e-mail:

DolmetscherIn/ Translator:

ja

nein

Behandelnde/r Arzt/Ärztin/ treating doctor:

Telefonnummer/e-mail:

**Kurze Darstellung der Situation/Diagnose/ brief description of personal situation/
medical report - diagnosis:**

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

Verein Hiketides, Kirchenstr. 34, 5020 Salzburg, Tel: 0650/3209202, ZVR-Zahl: 1095338510