

Pilotprojekt ComPaxion, Praktikum

Anmeldung Transkulturelles Psychosoziales Counseling Kanton Zug

Bitte an das Team Gesundheit des Kantons Zug MedicalSDA@zg.ch

Der Klient: innen werden anschliessend direkt durch eine/n angehende Counselor kontaktiert.

Name:	Vorname:
Wohnadresse	
Telefonnummer (für Kontaktaufnahme durch Counselor)	
N-Nr.	
Status (Ausweis N, F, B, Arpf)	
Geschlecht:	M / f / anderes
Geburtsdatum:	
Gewünschtes Geschlecht Counselor (optional)	
Herkunftsland:	
Sprache (bitte wählen)	☐ Dari ☐ Farsi ☐ Paschtu ☐ Usbekisch ☐ Arabisch ☐ Kurdisch Kurmançi ☐ Kurdisch Sorani ☐ Türkisch ☐ Tigrinya ☐ Amharisch ☐ Ukrainisch ☐ Russisch ☐ Spanisch ☐ Italienisch
Vermittelt durch wen: Organisation, Name, Vorname/Counselor Adresse, Telefon E-Mail	

Aktuelle Symptome, kurze stichwortartige Beschreibung	
Fallführende Bezugsperson, Betreuung (führt Dossier für Reisespesen usw): Bei Minderjährigen (ZG) kontaktieren für Terminkoordination Organisation, Name, Vorname Adresse, Telefon e-Mail	
Der/die Unterzeichnende erteilt hiermit den Sozialen Diensten Asyl, Neugasse 1, 6300 Zug, das Einverständnis, eine Anmeldung unter Angabe von Personendaten beim psychosozialen Counseling bei Paxion vorzunehmen. Die angegebenen Personendaten dienen ausschliesslich der Identifikation der zur Anmeldung vorgesehenen Personen und dürfen zu keinen weiteren Zwecken verwendet werden.	Ort und Datum und Unterschrift
Kostengutsprache bewilligt	

Datum, Unterschrift (digital möglich)

Bitte das Formular im i-Zug Arbeitsraum speichern.

Mail an Paxion, dass eine Anmeldung hinaufgeladen wurde an **beratung@paxion.ch**

Wird von Paxion ausgefüllt

Paxion ID	
Counselor:	