

## Anmeldeformular Flüchtlingsambulanz/Französisch Clinique de jour pour réfugiés - Formulaire d'inscription

Telefon: +49 (0) 40 4719308-0  
Fax: +49 (0) 40 4719308-15  
fluechtlingsambulanz@uke.de  
www.uke.de/mvz/fluechtlingsambulanz

1. Name der Patient:in, des Patienten - Nom du patient/de la patiente:

---

2. Geboren am - Né/e le:

---

3. Geschlecht (m/w/d) - Sexe (h/f/d):

---

4. Aktuelle Anschrift der Patient:in, des Patienten - Adresse actuelle du/de la patient/e:

---

5. Ggf. Adresse der Wohneinrichtung oder von Angehörigen außerhalb des eigenen Haushalts (Fördern und Wohnen, Wohnunterkunft ähnliches) - Le cas échéant, adresse de la structure d'hébergement ou de membres de la famille habitant autre part (Fördern und Wohnen, centre d'hébergement, service de médiation pour personnes sans domicile fixe, logement pour mineurs ou autre):

---

---

6. Geburtsland/Herkunftsland - Pays de naissance ou d'origine:

---

7. Staatsangehörigkeit - Nationalité:

---

8. Sprache - Langue:

---

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - Raison du rendez-vous / symptômes:

---



---



---



---



---

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben - Frères et soeurs mineurs qui sont aussi dans le besoin:

---



---



---

11. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen? Mit Eltern/Familie oder unbegleitet (Zutreffendes bitte einkreisen) - Comment êtes-vous arrivé/e en Allemagne? Avec vos parents, des proches ou non accompagné/e (veuillez encercler votre réponse)

12. Kontaktdaten/Name des Vormundes - Coordonnées et nom du tuteur/de la tutrice:

---



---

*Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax)  
Veuillez nous adresser à l'avance la nomination et la procuration du tuteur/de la tutrice (volontiers par courriel ou fax).*

13a. Krankenversicherung - Caisse d'assurance maladie:

---

13b. Versichertennummer - Numéro d'affiliation:

*Sollte keine Versichertenkarte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax) - Si vous n'avez pas de carte d'assuré, veuillez nous adresser à l'avance une attestation d'assurance (volontiers par courriel ou fax).*

14. Seit wann sind Sie in Deutschland? (Bitte Datum angeben) - Depuis quand êtes-vous en Allemagne ? (veuillez indiquer la date):

---

15. Aufenthaltsstatus - Statut juridique de séjour:

---

16. Anhörung hat bereits stattgefunden: ja    nein    (bitte Zutreffendes einkreisen) - L'audition par l'office des réfugiés a déjà eu lieu : oui    non (veuillez encercler votre réponse)

17a. Ich bin bereits anderweitig in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung (bitte Namen eintragen) - Je suis déjà en traitement psychologique ou psychothérapeutique (veuillez indiquer le nom de la structure):

---



---

17b. Falls ja, seit wann und bei wem (bitte Anschrift eintragen) - Si oui, depuis quand et chez qui (veuillez indiquer également l'adresse):

---

---

---

18. Telefonnummer, Name und Mailadresse der Anrufer:in/des Anrufers (Betreuer:in, Betreuer, Vormund, Lehrer:in, Lehrer o.ä.) - Numéro de téléphone, nom et adresse courriel de la personne qui appelle (assistant/e, tuteur/tutrice, enseignant/e ou autre):

---

---

---

## Vollmacht über Angelegenheiten der elterlichen Sorge - Procuration pour les questions d'autorité parentale

Ich, (Elternteil, welches nicht anwesend sein kann) - Je, soussigné/e (le père ou la mère ne pouvant être présent/e)...

Name - Nom	Anschrift - Adresse	Telefon - Téléphone

...bin Mitinhaber(in) der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder - ...étant cotitulaire de l'autorité parentale sur l'enfant/les enfants:

Name - Nom	Geburtsdatum - Date de naissance	Anschrift - Adresse
1.)		
2.)		
3.)		

Ich bevollmächtige hiermit das begleitende Elternteil - par la présente donne procuration au parent accompagnant....:

Name - Nom	Anschrift - Adresse	Telefon - Téléphone

...mich in folgenden Angelegenheiten der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder rechtlich zu vertreten und auch sonst im Rahmen dieser Aufgaben in meinem Namen zu handeln (gilt, sofern angekreuzt, Nichtzutreffendes streichen) - ...pour me représenter légalement dans les questions d'autorité parentale sur l'enfant/les enfants, ainsi que pour agir en mon nom dans le cadre des tâches suivantes (mention applicable en fonction des cases cochées, rayer les mentions inutiles):

- ☐ alle Angelegenheiten - toutes les tâches
- ☐ Gesundheitsfürsorge - les questions de santé

Datum und Unterschrift nicht begleitendes Elternteil  
Date et signature du parent absent

Unterschrift begleitendes Elternteil  
Signature du parent accompagnant

**Patient:in/Patient - Patient/Patiente:**

Vor- und Nachname- Prénom, nom:

---

Telefonnummer - N° de téléphone:

---

Mailadresse - Adresse courriel:

---

**Vormund - Tuteur/Tutrice:**

Vor- und Nachname - Prénom, nom:

---

Telefonnummer - N° de téléphone:

---

Mailadresse- Adresse courriel:

---

**Betreuer:in/Betreuer/Familienhilfe - Assistant/e - Aide familiale:**

Vor- und Nachname - Prénom, nom:

---

Telefonnummer - N° de téléphone:

---

Mailadresse - Adresse courriel:

---

**Eltern - Parent:**

Mutter - Mère

Vor- und Nachname - Prénom, nom:

Vater - Père

Vor- und Nachname - Prénom, nom:

Telefonnummer - N° de téléphone:

Telefonnummer - N° de téléphone:

Anschrift - Adresse:

Anschrift - Adresse:

Mailadresse - Courrie:

Mailadresse - Courriel:

**Geschwister - Fratrie:**

Vor- und Nachname - Prénom/s, nom/s:

**Schule - École:**

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - Nom de l'école / adresse et n° de téléphone:

Mailadresse - Adresse courriel:

Name der Klassenlehrer:in/des Klassenlehrers - Nom du/de la professeur/e principal/e:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrer:in/des Lehrers - Éventuellement coordonnées:

**Hausärztliche oder kinderärztliche Praxis - Cabinet médical généraliste ou pédiatrique:**

Vor- und Nachname - Prénom, nom du médecin traitant:

---

Adresse - Adresse:

---

---

Telefonnummer - N° de téléphone:

---

Mailadresse - Adresse courriel: