

Antrag 2022 _____
für die Vermittlung und Finanzierung von Sprachmittelnden

Um eine Sprachmittlung zu beantragen füllen Sie bitte diesen Antrag aus und senden ihn per E-Mail (sprachmittlung@refugio-bremen.de), Fax (0421- 17667799) oder postalisch (Refugio Bremen, Sprachmittlungspool, Außer der Schleifmühle 53, 28203 Bremen) an den Sprachmittlungspool.

I Antragstellende

Vorname & Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Approbiert als: _____

Tätigkeit: Angestellt Selbstständig in Approbationsausbildung in fachärztlicher Weiterbildung

Einrichtung: Praxis mit KV-Zulassung Privatpraxis MVZ Ausbildungsinstitut

 (Bitte angeben)

andere

 (Bitte angeben)

I Patient:in

Chiffre: _____ Herkunftsland: _____ Alter: _____

Geschlecht: weiblich männlich divers

II Sprachmittelnde

Benötigte Sprache/n: _____ Dialekte: _____

Präferiertes Geschlecht: weiblich männlich divers ohne Präferenz

Ergänzende Hinweise: _____

III Behandlungsrahmen

Patient:innen-Gruppe: Erwachsene Kinder-und Jugendliche

Art der Behandlung: Psychiatrisch Psychotherapeutisch

IV Behandlungsumfang

Sprachmittlung wird beantragt für das: 1. 2.* Quartal 2022

*für das 3. und 4. Quartal kann zum Ende des 2.Quartals ein Verlängerungsantrag bzw. Erstantrag gestellt werden

Der Antrag ist ein: Erstantrag Verlängerungsantrag

Sprachmittlung wird für folgende Behandlung beantragt:

Psychotherapeutische Sprechstunde (max. 3 Sitzungen (KJ: 5 Sitzungen) à 60 Min. / max. 6 Sitzungen (KJ: 10 Sitzungen) à 30 Min.)

Anzahl Sitzungen: _____ Geplanter Therapiebeginn (Datum & Uhrzeit): _____

Probatorische Sitzungen (max. 4 Sitzungen (KJ: 6 Sitzungen) à 60 Min.)

Anzahl Sitzungen: _____ Geplanter Therapiebeginn (Datum & Uhrzeit): _____

Akutbehandlung (max. 12 Sitzungen à 60 Min. pro Quartal)

Anzahl Sitzungen: _____ Geplanter Therapiebeginn (Datum & Uhrzeit): _____

Psychotherapeutische Weiterbehandlung (max. 12 Sitzungen à 60 Min. pro Quartal; außer Psychoanalyse, dort bitte Umfang unter „Ergänzende Hinweise“ mitteilen)

Anzahl Sitzungen: _____ Geplanter Therapiebeginn (Datum & Uhrzeit): _____

Ergänzende Hinweise: _____

Turnus der Therapie: wöchentlich monatlich 1 x pro Quartal anders: _____

Weiterführender Bedarf, z.B. Doppelsitzungen (max. 3 Sitzungen à 90-120 Min. pro Quartal)

Anzahl Sitzungen: _____

Psychiatrische Behandlung (max. 3 Sitzungen à 60 Min. pro Antrag und nur mit Terminangabe möglich)

Anzahl Sitzungen: _____ Termine (Datum & Uhrzeit): 1. _____

2. _____

3. _____

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich den Sprachmittlungspool umgehend darüber informiere, wenn die von mir beantragten Sitzungen nicht benötigt werden. Außerdem bestätige ich, dass mir bewusst ist, dass ich nur die Anzahl an Sprachmittlungs-Sitzungen nutzen kann, dir mir in der Bewilligung mitgeteilt wurden.

Ort, Datum

Unterschrift¹, Stempel

¹Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer personenbezogenen Daten des von Ihnen erteilten Auftrags der Vermittlung und Finanzierung von Sprachmittelnden zu. Ihre Daten werden weder anderweitig verarbeitet, noch werden sie für Werbezwecke genutzt. Die von Ihnen mitgeteilten personenbezogenen Daten werden mit der Absicht der Bearbeitung von Folgeanträgen, Rückfragen zu Ihrem Antrag und zu Anfragen, die die Evaluation betreffen, gespeichert. Sie verpflichten sich personenbezogene Daten der Sprachmittelnden nicht an Dritte weiterzugeben.

Sie haben im Rahmen der Datenschutzverordnung (DSGVO) gegenüber dem Modellprojekt Sprachmittlungspool von Refugio Bremen e.V. das Recht auf Auskunft bzgl. der zu Ihrer Person gespeicherten Daten. Im Rahmen der Vorgaben der DSGVO haben Sie das Recht der Speicherung der Daten für die Zukunft zu widersprechen. Für weitere Informationen zu Ihren Rechten und dem Datenschutz von Refugio e.V. Bremen besuchen Sie <https://www.refugio-bremen.de/service/datenschutz/>.