

**Antrag 2024**  
**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](mailto: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: N= 1.Buchstabe Nachname; V=1. Buchstabe Vorname; Geburtsdatum (TTMMJJ)

N	V	T	T	M	M	J	J

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 2024

Der Antrag ist ein:  Erstantrag (Beginn einer Behandlung mit Sprachmittlung)  
 Verlängerungsantrag (Fortführung einer Behandlung mit Sprachmittlung)

Sprachmittlung wird für folgende Behandlung beantragt:

Psychotherapeutische Behandlung (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:

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, die mir in der Bewilligung mitgeteilt wurden.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift<sup>1</sup>, Stempel

<sup>1</sup>Mit 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/>.