

An: Frauenberatung.EN

Fax-Nr.:  
**02336 475 91 55**E-Mail  
**info@frauenberatung-en.de**

Vermittlung durch:

-----  
Name der Ärztin / des Arztes-----  
Stempel**Fax-Kurzmitteilung an die Frauenberatung EN**Anlass der VermittlungHäusliche Gewalt Sexualisierte Gewalt 

Sonstiges .....

Akute Gefährdung ja nein Bedarf Sprachmittlung ja  Welche Sprache? .....nein **Einverständniserklärung**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Name, meine Telefonnummer und die Angaben zum Anlass der Vermittlung an die Frauenberatung.EN weitergegeben werden.

Die Frauenberatung wird sich mit mir in Verbindung setzen, um mich über weitere Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren.

Die Mitarbeiterinnen der Frauenberatung unterliegen ebenso wie mein Arzt / meine Ärztin der Schweigepflicht. Eine Weitergabe meiner Daten durch die Frauenberatung an Dritte ist ausgeschlossen.

Name: -----

Tel.-Nr.: -----

Datum: -----

-----  
Unterschrift der Patientin