



SOZO - erretten - heilen - befreien

in der Christus Gemeinde Barmbek-Nord, Barmbek-Süd oder Bramfeld

Vor- und Nachname <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann	
Email	
Telefon- / Handynummer (für Kontaktaufnahme)	
Geburtsjahr	

1. Wie hast Du von SOZO erfahren?

2. Hast Du in der Vergangenheit bereits ein SOZO erhalten? NEIN JA

3. Was ist der Grund für Dein SOZO und was erhoffst Du dir?

4. Befindest du Dich derzeit in Therapie, Beratung und/oder Seelsorge? NEIN JA

Wenn JA – bei wem? Weshalb?

5. Nimmst Du derzeit Medikamente (Psychopharmaka) ein? NEIN JA

6. Gibt es sonst irgendetwas, das wir wissen sollten / Du uns im Vorfeld mitteilen möchtest?

Hinweise:

Den ausgefüllten Antrag bitte per Email an sozo@cghh.de schicken. Das Teammitglied, das dein SOZO leiten wird, wird sich dann telefonisch bei Dir melden zwecks Terminabsprache und um mit Dir über das anstehende / dein SOZO zu sprechen und ggf. auch deine Fragen zu beantworten.

Unsere SOZOs finden (nur) in einer der drei Hamburger Christus-Gemeinden statt. Grundsätzlich wird alles, was dich betrifft, absolut vertraulich behandelt. Es werden keine Informationen / Persönliches weitergegeben! Das SOZO-Team behält sich jedoch das Recht vor, bei Hinweisen auf eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung sowie bei Missbrauch von Kindern oder Hilfsbedürftigen, sich an entsprechende Behörden / Institutionen zu wenden.

Kosten: Wir wären sehr dankbar, wenn Du den SOZO-Dienst mit einer Spende unterstützt. Die Spenden werden ausschließlich für Fortbildung und Supervision der SOZO-Mitarbeiter eingesetzt.

Haftungsausschluss:

Hiermit entlasse ich die SOZO-Leitende bzw. das SOZO-Team aus jeglichem Haftungsanspruch, der durch den von mir freiwillig wahrgenommenen Gebetsdienst entstanden ist. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei SOZO um einen Gebetsdienst handelt und nicht um eine professionelle Therapie (z.B. medizinisch, psychotherapeutisch oder Sozialarbeit).

Ich erkläre hiermit, dass falls ich zur Zeit Medikamente einnehme oder unter professioneller Behandlung stehe, ich diese nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem mich behandelnden Arzt oder Therapeuten unterbreche.

Ich stimme einer dreimonatigen Datenspeicherung meiner persönlichen Daten zu.
Durch meine Unterschrift bestätige ich die vorherigen Abschnitte gelesen zu haben und stimme diesen zu.

Ort, Datum

Unterschrift