



Anmeldeformular für einen SOZO- Termin



Bitte gib dieses Formular ausgefüllt im Gemeindebüro ab, um einen SOZO-Termin zu erhalten. Oder sende es an:

Christus Zentrum Olching e. V., Roggensteiner Str. 17, 82140 Olching

per mail: eengelmayr@ChristusZentrum.org

Vorname, Name
Anschrift
E-Mail
Telefon, Mobil
Alter
Gemeinde

Wie hast du von SOZO erfahren?

Weiß deine Gemeindeleitung davon, dass du ein SOZO empfangen willst und ist sie einverstanden?

Bitte schildere kurz in Stichworten deine Vorgeschichte, z. B. Seelsorge, Therapie, Medikamenteneinnahme, Kur etc.

Was erhoffst du dir von einem SOZO?

Im Falle einer ärztlichen Behandlung oder Therapie :

Mein Arzt /Therapeut ist informiert ja nein

Hinweis:

Grundsätzlich wird alles, was dich betrifft, vertraulich behandelt. Wir behalten uns jedoch vor, uns bei Hinweisen auf eine akute Fremd- oder Selbstgefährdung sowie bei Missbrauch von Kindern oder Hilfsbedürftigen, an entsprechende Behörden/Personen zu wenden.

Haftungsausschluss:

Hiermit entlasse ich das Christus Zentrum Olching und die Teammitglieder des SOZO-Dienstes 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, nicht um eine professionelle Therapie (z.B. medizinisch, psychotherapeutisch oder Sozialarbeit). Ich verspreche, dass falls ich zurzeit Medikamente einnehme oder unter professioneller Behandlung stehe, diese nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem mich Behandelnden unterbreche. Durch meine Unterschrift bestätige ich, die vorherigen Abschnitte gelesen zu haben und stimme dem zu.

Ort, Datum

Unterschrift

