

# Christliches Glaubenszentrum Lichtenstein e.V.



## Anmeldeformular für einen Sozo-Termin

Bitte sende dieses Formular ausgefüllt an das Christliche Glaubenszentrum, Sozo-Team, Paul-Zierold-Str. 8, 09350 Lichtenstein oder per E-Mail an [sozo@gclev.de](mailto:sozo@gclev.de). **(Termin kommt per E-Mail/Tel. vom Sozo-Team)**

Ausfüllhinweis: Dies ist eine ausfüllbare PDF-Datei. Du kannst das Dokument speichern und anschließend im Acrobat-Reader öffnen und ausfüllen. Dies funktioniert allerdings nicht direkt im Browser.

Alternativ: Dokument ausdrucken und handschriftlich ausfüllen.

Name, Vorname

Anschrift

E-Mail-Adresse

Telefon

Alter

**Wie hast Du von Sozo erfahren?**

**Befindest Du Dich derzeit in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung ?)**

**Ja  
Nein**

**Hast Du ein konkretes Anliegen? Was erhoffst du dir von (D)einem Sozo?**

**Wann kannst du Dir Zeit für Dein Sozo nehmen? (Möglichst mehrere Terminvorschläge)**

## Was kostet ein Sozo?

Das ausgebildete Sozoteam arbeitet ehrenamtlich, freut sich aber über eine Spende für unseren sozialen Bereich.

Christliches Glaubenszentrum Lichtenstein e.V.  
VR-Bank Glauchau  
IBAN DE82870959740073015600  
BIC GENODEF1GC1  
Verwendung: *Sozo-Dienst*

## 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 zu wenden.

## Pandemie-Schutz

Ich verpflichte mich, die aktuell gültigen Pandemieschutzregeln einzuhalten.

## Haftungsausschluss

Hiermit entlasse ich die Sozo-Teammitglieder aus jeglichem Haftungsanspruch, der durch den von mir freiwillig wahrgenommenen Gebetsdienst entstehen könnte.

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 Arzt unterbreche oder gar abbreche.

## Datenschutzeinverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass diese Vereinbarung im Büro des Glaubenszentrums unter gesondert gesichertem Verschluss archiviert wird. Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Kontaktdaten im Rahmen der Spendenverwaltung elektronisch gespeichert werden. Über die Inhalte des Sozo-Termins werden keinerlei Daten gespeichert. Bei Wegfall der Rechtslage werden die Daten spätestens nach vier Monaten sicher gelöscht.

Durch die Absendung des E-Mails bzw. durch meine Unterschrift bestätige ich, die vorherigen Abschnitte gelesen zu haben und stimme ihnen zu.

---

Datum

---

Unterschrift