



## Informationsformular für Ratsuchende

Ratsuchende: .....

Datum: .....

Vor-und Nachname: .....

Geburtsdatum: .....

Familienstand: .....

Wohnsitz (Straße u. HsNr): .....

(PLZ u. Ort) .....

Telefon/Mobil: .....

Email: .....

Beruf/Tätigkeit: .....

GoFo Mitglied?  ja  nein

Was sind Ihre Anliegen?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Was möchten Sie durch die Seelsorge erreichen?

.....  
.....  
.....  
.....



Sonstige Anmerkungen oder Hinweise:

.....  
.....

Hatten Sie bereits seelsorgerliche Gespräche?  ja  nein

Wenn ja, welche, bei wem und wann?

.....  
.....

Datum: ..... Vor- und Nachname: .....

Die folgenden Angaben sind freiwillig\*).

Haben Sie gesundheitliche oder medizinische Befunde?\*)  ja  nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?\*)  ja  nein

Wenn ja, welche?

.....  
.....



Befinden Sie sich momentan in medizinischer oder therapeutischer Behandlung?\*)

ja  nein

Wenn ja, in welcher?

.....

.....

.....

.....



### Datenschutzhinweis:

Grundsätzlich wird alles, was Sie 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.

<https://www.gospel-forum.de/datenschutz/>

Datum: ..... Vor- und Nachname: .....

Ja, ich stimme zu, dass meine Daten gesichert und verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben werden.

Ich wurde über den Widerruf aufgeklärt.

### Haftungsausschluss:

Hiermit entlasse ich das Gospel Forum und meinen Seelsorger aus jeglichem Haftungsanspruch, der durch den von mir freiwillig wahrgenommenen Seelsorgedienst entstanden ist. Ich bin mir bewusst, dass es sich bei dieser Seelsorge, nicht um eine professionelle Therapie (z.B. medizinisch, psychotherapeutisch oder Sozialarbeit) handelt. Ich verspreche, dass falls ich zurzeit Medikamente einnehme oder unter professioneller Behandlung stehe, diese nicht ohne vorherige Rücksprache mit dem mich behandelnden Arzt oder Therapeut unterbreche. Durch meine Unterschrift bestätige ich, die vorherigen Abschnitte gelesen zu haben und stimme dem zu.

---

ORT, DATUM

---

UNTERSCHRIFT