

Geburtsdatum : (Date of birth)		Alter: Age
Geschlecht Gender	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> inter/divers Male Female Other	

Gesundheitszustand: Health status:	<input type="checkbox"/> Sehbehinderung? (Visual impairment?) <input type="checkbox"/> Hörbehinderung? (Hearing impairment?) <input type="checkbox"/> Sprachbehinderung? (Speech disorder?) <input type="checkbox"/> Gehbehinderung? (Mobility problem?) <input type="checkbox"/> Sonstige Behinderung bzw. körperliche Beeinträchtigung? (Other disability i.e. physical impairment or drawbacks?) <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankung? (Mental disorder?) <input type="checkbox"/> Sonstige Bemerkungen: (Other comments:)
	Sind Sie schwanger? (Are you pregnant?) <input type="checkbox"/> nein (no) <input type="checkbox"/> Ich bin nicht sicher. (I am not sure.) <input type="checkbox"/> ja (yes) \Rightarrow Mutterpass / Nachweis <input type="checkbox"/> ja Yes <input type="checkbox"/> Nein No Maternity records
Sind oder waren Sie jemals Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt? (Are you or have you ever been a victim of torture, rape or other serious forms of psychological, physical or sexual violence?) <input type="checkbox"/> ja (yes) <input type="checkbox"/> nein (no)	

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass alle von mir angegebenen personenbezogenen Daten zur weiteren Begleitung meines Asylverfahrens durch die Mitarbeiter der Zentralen Ausländerbehörde des Landes Brandenburg (ZABH) gespeichert, genutzt und an eine andere Behörde bzw. an mit der Aufgabenerfüllung betraute Dritte (Heimbetreiber, Sozialdienst, Wachschutz, Ambulanz) zum Zwecke der räumlichen Unterbringung

Bitte schreiben Sie in (lateinischen) Druckbuchstaben. Please write in (latin) block letters.

und gesundheitlichen Versorgung übermittelt werden dürfen.

I hereby agree that all personal data provided by me may be saved and used by ZABH Brandenburg staff (Brandenburg Foreigners' Registration Office) for the purpose of furthering my asylum process. This data may also be passed on to another authority or to third parties entrusted with the performance of tasks (home operator, social service, security, clinics) with regard to accommodation and health care.

Datum (date)

Unterschrift (signature)