

Kontaktformular

Name: _____
Geschlecht: _____
E-Mail-Adresse: _____
Telefon: (optional)

Gewünschte Sprache:

- Englisch
- Französisch
- Arabisch
- Türkisch
- Russisch

Ihr Anliegen (Mehrfachnennung möglich):

- Beratung zu HIV und sexuell übertragbare Infektionen
- Testung auf HIV
- Testung auf sexuell übertragbare Infektionen
- PrEP Beratung
- PrEP Testung

Weitere Anliegen: _____

- Hiermit willige ich in die Übermittlung meiner angegebenen Daten ein und erlaube die Kommunikation zwischen Beratungseinrichtung und Sprachmittler*in. Meine Daten werden lediglich zu Kontaktzwecken in der genannten Angelegenheit gespeichert. Mir ist bewusst, dass ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Wir bearbeiten Ihre Anfrage schnellstmöglich. Die Bearbeitungszeit und der Kontakt zur*zum Sprachmittler*in kann bis zu 2 Wochen dauern.

استمارة التواصل

الاسم: _____
الجنس: _____
البريد الإلكتروني: _____
الهاتف (غير مشروط): _____

اللغة المختارة:

- الإنكليزية
- الفرنسية
- العربية
- التركية
- الروسية

مطالبك (من الممكن اختيار عدة نقاط):

- استشارة في نقص المناعة المكتسب والأمراض المنقولة جنسيا
 - فحص نقص المناعة المكتسب
 - فحص الأمراض المنقولة جنسيا
- جلسة استشارية في أدوية الوقاية قبل التعرض
 - PrEP فحص في أدوية الوقاية قبل التعرض

مطالب أخرى:

- أوافق بموجبه على نقل بياناتي وأسمح بالتواصل بين مرفق الاستشارة ووسيط اللغة. سيتم تخزين بياناتي حصرا لأغراض التواصل في المسألة المذكورة. أدرك أنه يمكنني سحب موافقتي في أي وقت.

سنقوم بمعالجة طلبك بأسرع وقت ممكن. نرجو تفهم أن معالجة الطلب والتواصل مع وسيط/ة لغة قد يتطلب حوالي الأسبوعين.