 **مركز أوريس AURIS للمنطق الصوتي**

**نموذج تسجيل الأطفال حتى سن 16 سنوات في مركز السمع**

**Aanmeldformulier Audiologisch Centrum voor kinderen t/m 16 jaar**

هل تلقيت إحالة من طبيب الشباب، أو طبيب الأسرة أو طبيب الأنف و الأذن و الحنجرة الخاصين بك أو أي مختص إحالة آخر؟ أو هل تم نصحك، على سبيل المثال، من قبل أخصائي النطق أو المدرسة يطلب إجراء كشف طبي في مركز السمع؟ إذن، يمكنك في هذه الحالة تسجيل أسمك في هذا النموذج. انتبه: أن إحالة الطبيب مطلوبة دائما للتسجيل.

Heeft u een verwijzing gekregen van uw jeugdarts, huisarts, KNO-arts of een andere verwijzer? Of bent u geadviseerd door bijvoorbeeld een logopedist of school om onderzoek op het Audiologisch Centrum aan te vragen? Dan kunt u zich met dit formulier aanmelden. Let op: een verwijzing van een arts is altijd nodig voor aanmelding.

*إن نموذج التسجيل باللغة الإنجليزية، و البولندية، و التركية و العربية؟ قم بالإطلاع على موقعنا على الانترنت.*

*Het aanmeldformulier in het Engels, Pools, Turks of Arabisch? Kijk op onze website.*

|  |  |
| --- | --- |
| اسم العائلة: | الأحرف الأولى و الأسم الأول: |
| Achternaam: | Voorletters en roepnaam: |
| رقم خدمة المواطن (BSN): | تاريخ الميلاد: |
| BSN: | Geboortedatum: |
| الرمز البريدي والمدينة | العنوان ورقم المنزل: |
| Postcode en plaats | Adres en huisnummer: |
| عنوان البريد الإلكتروني: | رقم الهاتف (مسؤول الاتصال الأول): |
| Emailadres: | GSM nummer (eerste contactpersoon): |
| عنوان طبيب الأسرة: | اسم طبيب الأسرة: |
| Adres huisarts: | Naam huisarts: |

من يملك السلطة القانونية:

Wie heeft het wettelijk gezag:

بيانات الاتصال بالوالد الآخر (رقم الهاتف والعنوان والبريد الإلكتروني):

Contactgegevens andere ouder (telefoonnummer, adres en e-mail):

هل لديك بطاقة هوية لطفلك: [ ]  نعم [ ]  لا

Bent u in het bezit van een identiteitsbewijs voor uw kind: ja nee

***انتبه****: يجب عليك أن تأخذ معك بطاقة هوية لطقلك عند ذهابك إلى المواعيد في مركز السمع. لن يكون من الممكن إجراء أي كشف بدون بطاقة هوية، و ذلك نظرا لأنه سيتعذر علينا بعد ذلك مطالبة شركة التأمين الصحي بتغطية تكاليف الكشف.*

***Let op:*** *u bent verplicht een identiteitsbewijs van uw kind mee te nemen naar de afspraken op het Audiologisch Centrum. Zonder identiteitsbewijs kan geen onderzoek plaatsvinden, omdat wij de onderzoeken dan niet kunnen declareren bij de zorgverzekering!*

هل أنت قلق بشأن:

Heeft u zorgen over:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | السمع، إذا كانت الإجابة نعم: |
|  | het gehoor, indien ja: |
|  | هل تم تشخيص فقدان السمع من قبل؟ | [ ]  نعم | [ ]  لا |  |  |
|  | Is er eerder gehoorverlies vastgesteld? | ja | nee |  |  |
|  | هل يرتدي طفلك أجهزة سمع؟ | [ ]  نعم | [ ]  لا |  |  |
|  | Draagt uw kind hoortoestellen? | ja | nee |  |  |
|  | ما هو عمر أجهزة السمع؟ | [ ]  تحت الاختبار | [ ]  < 5 سنوات | [ ] > 5 سنوات |
|  | Hoe oud zijn de hoortoestellen? | op proef | < 5 jaar | > 5 jaar |
|  | متى تم تشخيص فقدان السمع وأين؟ |
|  | Wanneer is het gehoorverlies vastgesteld en waar? |
|  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  |  تطور نطق اللغة، إذا كانت الإجابة نعم: |  |  |  |  |
|  | de taal-spraakontwikkeling, indien ja: |  |  |  |  |
|  | هل تتحدث اللغة الهولندية مع طفلك؟ | نعم [ ]  | [ ]  لا، فأنا أتحدث معه: |  |
|  | Spreekt u Nederlands met uw kind? | ja | nee, namelijk: |  |
|  | هل تفهم اللغة الهولندية؟ | [ ]  نعم | [ ]  لا |  |
|  | Begrijpt u Nederlands? | ja | nee |  |
|  | هل يحصل (حصل) من قبل على جلسات علاج نطق؟ | [ ]  نعم | [ ]  لا |  |
|  | Heeft uw kind logopedie (gehad)? | ja | nee |  |
|  |  | فترة العلاج: | إلى |  |  |  |
|  |  | Behandelperiode: | tot |  |  |  |
|  |  | اسم أخصائي النطق: |  |  |  |  |
|  |  | Naam logopedist: |  |  |  |  |
|  |  | عنوان البريد الإلكتروني الخاص بأخصائي النطق: |  |  |  |  |
|  |  | Emailadres logopedist: |  |  |  |  |
|  |  | رقم هاتف أخصائي النطق: |  |  |  |  |
|  |  | Telefoonnummer logopedist: |  |  |  |  |
| [ ]  |  جوانب التطور الأخرى، إذا كانت الإجابة نعم: | [ ]  التعلم | [ ]  السلوك | [ ]  الاتصال | [ ]  المهارات الحركية |
|  | andere ontwikkelingsgebieden, indien ja: | leren | gedrag | contact | motoriek |
|  |  |  |  |  |  |  |
| [ ]  |  ليس هناك قلق |  |  |  |  |
|  | geen zorgen |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| هل يعاني طفلك من متلازمة أو أي خلل وراثي؟ | [ ]  لا | [ ]  نعم، و هي: |
| Is er bij uw kind sprake van een syndroom of genetische afwijking? | nee | ja, namelijk: |
|  |  |  |  |  |
| هل لدى **الآخرين** مخاوف بشأن تطور طفلك؟ |  |  |  |
| Hebben **anderen** zorgen over de ontwikkeling van uw kind? |  |  |  |
| [ ]  | حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال / المدرسة لديهم مخاوف بشأن: |  | [ ]  التعلم | [ ]  السلوك |
|  | kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over: |  | leren | gedrag |
|  |  |  | [ ]  الاتصال | [ ]  المهارات الحركية |
|  |  |  | contact | motoriek |
|  |  |  | [ ]  تطور نطق اللغة |
|  |  |  | taal-spraakontwikkeling |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  |  إن أخصائي النطق لديه مخاوف حول: |  | [ ]  التعلم | [ ]  السلوك |
|  | logopedist heeft zorgen over: |  | leren | gedrag |
|  |  |  | [ ]  الاتصال | [ ]  المهارات الحركية |
|  |  |  | contact | motoriek |
|  |  |  | [ ]  تطور نطق اللغة |
|  |  |  | taal-spraakontwikkeling |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  |  الأشخاص الآخرون لديهم مخاوف حول: |  | [ ]  التعلم | [ ]  السلوك |
|  | anderen die zorgen hebben, namelijk: |  | leren | gedrag |
|  |  |  | [ ]  الاتصال | [ ]  المهارات الحركية |
|  |  |  | contact | motoriek |
|  |  |  | [ ]  تطور نطق اللغة |
|  |  |  | taal-spraakontwikkeling |

المهنيين الآخرين المعنيين بحالة طفلك:

Andere professionals die betrokken zijn bij uw kind:

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  طبيب الأسرة[ ]  kinderarts[ ]  طبيب المخ والأعصاب فريق الحي/ الإسعافات الأولية المتكاملة[ ]  wijkteam/ integrale vroeghulp[ ]  أخصائي العلاج النفسي للأطفال/أخصائي التعليم العلاجي.[ ]  kinderpsycholoog/ orthopedagoog[ ]  المدرسة/ حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال[ ]  school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal | [ ]  طبيب الأنف والأذن والحنجرة[ ]  KNO-arts[ ]  طبيب المخ والأعصاب[ ]  neuroloog[ ]  طبيب نفسي للأطفال/مؤسسة الصحة النفسية[ ]  kinderpsychiater/ GGZ-instelling[ ]  أخصائي العلاج الطبيعي[ ]  fysiotherapeut[ ]  المعنيين الأخرين[ ]  overige betrokkenen: |

شرح مختصر:

Eventuele korte toelichting:

**بيان الموافقة على طلب وتقديم المعلومات**

**Toestemmingsverklaring voor het opvragen en verstrekken van informatie**

لكي نتمكن من إجراء الكشف الطبي على أفضل وجه ممكن أو تقديم العلاج، فمن المهم أن يكون لدينا القدرة على التشاور مع متخصصي الرعاية الصحية الآخرين و / أو المعنيين وتبادل المعلومات معهم. و من أمثلة هؤلاء طبيب الأنف و الأذن و الحنجرة، أو طبيب الأسرة أو أخصائي النطق على سبيل المثال. نحن نتبادل البيانات الضرورية للغاية فقط. لا يجب أن يتم هذا التبادل إلا بعد الحصول على موافقتك. ويتم هذا من خلال وضع علامة على "نعم" وتوقيع النموذج. يمكنك سحب موافقتك في أي وقت عن طريق إخطار القائم على الكشف.

Om zo goed mogelijk onderzoek te kunnen doen of behandeling te kunnen bieden, is het belangrijk dat we met andere zorgprofessionals en/of betrokkenen kunnen overleggen en informatie kunnen uitwisselen. Denk hierbij aan de KNO-arts, huisarts of logopedist. We wisselen alleen strikt noodzakelijke gegevens uit. Deze uitwisseling mag alleen plaatsvinden met uw toestemming. Dit geeft u door ‘ja’ aan te vinken en het formulier te ondertekenen. U kunt uw toestemming altijd weer intrekken door dit te melden bij de onderzoeker.

يمنح الموقع أدناه، الإذن لمجموعة مؤسسة الرعاية الملكية أوريس Auris من أجل:

Ondergetekende geeft aan de Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep toestemming voor:

تبادل البيانات الشخصية لطفلك مع الأفراد والمؤسسات التي تقدم الرعاية و / أو قامت بتقديم الرعاية و / أو التي لديها التشخيص ونتائج الاختبارات (مثل الأطباء، ومراكز التشخيص، والمعالجين والخدمات الخارجية).

Het uitwisselen van persoonsgegevens van uw kind met personen en instellingen die uw kind zorg verlenen, zorg hebben verleend en/of beschikken over diagnoses en testresultaten (zoals artsen, diagnostische centra, behandelaars, externe diensten).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، طبيب الأسرة | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ja, huisarts: | *(naam invullen)* |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، أخصائي النطق: | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ja, logopedist: | *(naam invullen)* |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، المدرسة / حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال: | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ja, school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal: | *(naam invullen)* |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، طبيب الشباب | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ja, jeugdarts: | *(naam invullen)* |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، مكتب تسجيل أوريس Auris | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ia, Auris Aanmeldpunt: | *(naam invullen)* |
| (للحصول على أي دعم تعليمي أو أيا من الخدمات الإسعافية من مؤسسة أوريس Auris التعليمية ) |
| (voor eventuele onderwijsondersteuning of met een ambulante dienstverlening vanuit Auris Onderwijs) |
| [ ]  لا | [ ]  غير منطبق | [ ]  نعم، و هي: | *(قم بتعبئة الاسم)* |
| nee | n.v.t. | ja, namelijk: | *(naam invullen)* |

تبادل بيانات طفلك مع المرافق (مثل زوج الأم أو الجد/الجدة) أثناء الكشف في مركز السمع. وهذا ينطبق عندما لا تكون أنت كصاحب سلطة قانونية على الطفل موجودا في الموعد.

Het uitwisselen van gegevens van uw kind met de begeleider (bijv. stiefouder of grootouder) tijdens het onderzoek op het Audiologisch Centrum. Dit is van toepassing wanneer u niet zelf als wettelijk gezaghebber bij de afspraak aanwezig bent.

[ ]  نعم [ ]  لا

ja nee

**بيان الموافقة على الكشف الطبي**

**Toestemmingsverklaring voor onderzoek**

قد يتلقى طفلك العديد من الفحوصات و / أو العلاج في مركز السمع. بالإضافة إلى اختبارات قياس السمع والنطق، فقد يتم إشراك طبيب نفساني أو أخصائي علاج تعليمي أيضا في المقابلة الأولية عند الدخول و / أو الفحص الطبي. في حالة إشراك أخصائي علاج نفسي أو أخصائي علاج تعليمي، فنسنحتاج لموافقتك الصريحة. لن يتم إجراء الكشف النفسي إلا بعد مناقشته معك.

Uw kind kan verschillende onderzoeken en/of behandeling krijgen op het Audiologisch Centrum. Naast audiometrisch en logopedisch onderzoek, kan ook een psycholoog of orthopedagoog betrokken zijn bij het intakegesprek en/of het onderzoek. Indien er een psycholoog of orthopedagoog betrokken is, hebben wij uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Psychologisch onderzoek wordt pas uitgevoerd nadat het met u is besproken.

يمنح الموقعون أدناه الإذن لمجموعة مؤسسة الرعاية الملكية أوريس Auris لإشراك (إذا لزم الأمر) أخصائي علاج نفسي أو أخصائي علاج تعليمي في المقابلة الأولية عند الدخول و / أو الفحص الطبي.

Ondergetekenden geven aan Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep toestemming om (indien nodig) een psycholoog of orthopedagoog te betrekken bij het intakegesprek en/of onderzoek.

[ ]  نعم [ ]  لا

ja nee

تاريخ ومكان التوقيع: ,

: Datum en plaats ondertekening

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| توقيع الطفل:Handtekening kind:(إذا كان يبلغ من العمر 12 سنة أو أكثر)(indien 12 jaar of ouder) |  | تاريخ ميلاد الطفل:Geboortedatum kind:توقيع صاحب السلطة القانونية 2:Handtekening wettelijke gezaghebber 2: |  | اسم الطفل:Naam kind:توقيع صاحب السلطة القانونية 1:Handtekening wettelijk gezaghebber 1: |
|  |  |  |  |  |

*إذا قمت بإكمال النموذج رقميا، يمكنك إرفاق صورة لتوقيعك.*

*Als u het formulier digitaal invult, kunt u een foto van uw handtekening invoegen.*

*هل قمت بطباعة النموذج؟ في هذه الحالة يمكنك عمل مسح ضوئي النموذج وإرساله بالبريد الإلكتروني لنا.*

*Heeft u het formulier uitgeprint? Dan kunt u het formulier inscannen en naar ons mailen.*