



AURIS CENTRUM AUDIOLOGICZNE

Formularz zgłoszeniowy Centrum Audiologiczne dla dzieci do 16 roku życia

Aanmeldformulier Audiologisch Centrum voor kinderen t/m 16 jaar

Czy otrzymał/(-a) Pan/Pani skierowanie od lekarza pediatry, lekarza pierwszego kontaktu, laryngologa lub innej osoby wystawiającej skierowanie? Czy może na przykład logopeda lub szkoła zaleciła przeprowadzenie badania w Centrum Audiologii? W takim przypadku może Pan/Pani złożyć wniosek za pomocą tego formularza. Uwaga: przy rejestracji zawsze wymagane jest skierowanie od lekarza.

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.

Czy chciałby/chciałaby Pan/Pani wypełnić formularz zgłoszeniowy w języku angielskim, polskim, tureckim lub arabskim?

Sprawdź naszą stronę internetową.

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

Inicjały i używane imię:

Voorletters en roepnaam:

Data urodzenia:

Geboortedatum:

Adres i numer domu:

Adres en huisnummer:

Numer komórkowy (pierwsza osoba do kontaktu):

GSM nummer (eerste contactpersoon):

Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu:

Naam huisarts:

Nazwisko:

Achternaam:

BSN (numer obsługi obywatelskiej):

BSN:

Kod pocztowy i miejscowość

Postcode en plaats

Adres e-mail:

Emailadres:

Adres lekarza pierwszego kontaktu:

Adres huisarts:

Kto ma władzę prawną:

Wie heeft het wettelijk gezag:

Dane kontaktowe drugiego rodzica (numer telefonu, adres i e-mail):

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

Czy posiada Pan/Pani dowód tożsamości swojego dziecka? ☐ tak ☐ nie

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

Uwaga: na spotkanie w Centrum Audiologii należy zabrać ze sobą dokument tożsamości dziecka. Żadne badanie nie może odbyć się bez przedstawienia dowodu tożsamości, ponieważ nie będziemy mogli ubiegać się o zwrot kosztów badań od ubezpieczyciela!

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!

Czy ma Pan/Pani obawy dotyczące:

Heeft u zorgen over:

☐ słuchu, jeżeli tak, to:

het gehoor, indien ja:

Czy zdiagnozowano już wcześniej problem z niedosłuchem? ☐ tak ☐ nie

Is er eerder gehoorverlies vastgesteld? ☐ ja ☐ nee

Czy Pana/Pani dziecko nosi aparaty słuchowe? ☐ tak ☐ nie

Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

T 088 894 0200

E acbergenopzoom@auris.nl

W www.auris.nl

Voorstad 78, 4461 KP Goes

T 088 894 0300

E acgoes@auris.nl

W www.auris.nl

Ammanplein 2, 3031 RT Rotterdam

T 088 894 0100

E aanmeldingenac@auris.nl

W www.auris.nl



Draagt uw kind hoortoestellen? ja nee
 Od jak dawna jest używany ten model aparatu słuchowego? ☐ na próbę ☐ < 5 lat ☐ > 5 lat
 Hoe oud zijn de hoortoestellen? op proef < 5 jaar > 5 jaar
 Kiedy i gdzie zdiagnozowano wadę słuchu? ,
 Wanneer is het gehoorverlies vastgesteld en waar? ,

☐ rozwój mowy i języka, jeżeli tak, to:

de taal-spraakontwikkeling, indien ja:

Czy rozmawia Pan/Pani ze swoim dzieckiem w języku niderlandzkim? ☐ tak ☐ nie, a mianowicie:

Spreekt u Nederlands met uw kind? ja nee, namelijk:

Czy rozumie Pan/Pani język niderlandzki? ☐ tak ☐ nie

Begrijpt u Nederlands? ja nee

Czy Pana/Pani dziecko uczęszcza (uczęszczało) na terapię logopedyczną? ☐ tak ☐ nie

Heeft uw kind logopedie (gehad)? ja nee

Czas trwania terapii: do

Behandelperiode: tot

Imię i nazwisko logopedy:

Naam logopedist:

Adres e-mail logopedy:

Emailadres logopedist:

Numer telefonu logopedy:

Telefoonnummer logopedist:

☐ inne obszary rozwoju, jeżeli tak, to jakie: ☐ nauka ☐ kontakt ☐ motoryka
 zachowanie

andere ontwikkelingsgebieden, indien ja: leren gedrag contact motoriek

☐ bez obaw

geen zorgen

Czy u dziecka występuje syndrom lub nieprawidłowość genetyczna?
Is er bij uw kind sprake van een syndroom of genetische afwijking?

☐ nie ☐ tak, a mianowicie:
nee ja, namelijk:

Czy inne osoby mają obawy dotyczące rozwoju Pana/Pani dziecka?

Hebben anderen zorgen over de ontwikkeling van uw kind?

☐ żłobek/ przedszkole/ szkoła ma obawy dotyczące:
kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over:

☐ naukai ☐ zachowania
leren gedrag
☐ ☐ motoryki
nawiązywania
kontakty
contact motoriek
☐ rozwoju języka i mowy
taal-spraakontwikkeling

☐ logopeda ma obawy dotyczące:
logopedist heeft zorgen over:

☐ nauki ☐ zachowania
leren gedrag
☐ ☐ motoryki
nawiązywania
kontakty
contact motoriek
☐ rozwoju języka i mowy
taal-spraakontwikkeling

☐ inne osoby, które mają obawy dotyczące:
anderen die zorgen hebben, namelijk:

☐ nauki ☐ zachowania
leren gedrag
☐ ☐ motoryki
nawiązywania
kontakty
contact motoriek
☐ rozwoju języka i mowy
taal-spraakontwikkeling

Inni specjaliści zajmujący się opieką nad Pana/Pani dzieckiem:

Andere professionals die betrokken zijn bij uw kind:

- | | |
|--|--|
| ☐ lekarz otolaryngolog | ☐ lekarz dziecięcy |
| ☐ KNO-arts | ☐ kinderarts |
| ☐ neurolog | ☐ zespół osiedlowy / zintegrowana pomoc dla dzieci |
| ☐ neuroloog | ☐ wijkteam/ integrale vroeghulp |
| ☐ psychiatra dziecięcy/ placówka opieki | ☐ psycholog dziecięcy/specjalista ds. pedagogiki specjalnej |
| zdrowia psychicznego | ☐ kinderpsycholoog/ orthopedagoog |
| ☐ kinderpsychiater/ GGZ-instelling | ☐ szkoła/ instytucja sprawująca opiekę dzienną nad |
| ☐ fizjoterapeuta | dzieckiem/ przedszkole |
| ☐ fysiotherapeut | ☐ school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal |
| ☐ pozostałe zainteresowane strony: | |
| ☐ overige betrokkenen: | |

Proszę o ewentualne krótkie wyjaśnienie:

Eventuele korte toelichting:

Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom
Voorstad 78, 4461 KP Goes
Ammanplein 2, 3031 RT Rotterdam

T 088 894 0200
T 088 894 0300
T 088 894 0100

E acbergenopzoom@auris.nl
E acgoes@auris.nl
E aanmeldingenac@auris.nl

W www.auris.nl
W www.auris.nl
W www.auris.nl



Zgoda na występowanie o udzielenie informacji i ich udostępnianie

Toestemmingsverklaring voor het opvragen en verstrekken van informatie

W celu zapewnienia najlepszych możliwych badań lub leczenia, ważne jest, aby móc konsultować się i wymieniać informacje z innymi pracownikami służby zdrowia i/lub zainteresowanymi stronami. Pomyśl o otolaryngologu, lekarzu pierwszego kontaktu lub logopedzie. Wymieniamy się tylko niezbędnymi danymi. Taka wymiana może mieć miejsce wyłącznie za Pana/Pani zgodą. Zgodę wyraża się poprzez zaznaczenie opcji „tak” i podpisanie niniejszego formularza. Może Pan/Pani wycofać swoją zgodę w dowolnym momencie, powiadamiając o tym osobę przeprowadzającą badanie.

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.

Niżej podpisany upoważnia Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep do:

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

Wymiany danych osobowych dziecka z osobami i instytucjami, które zapewniają opiekę Pana/Pani dziecku, zapewniały opiekę i/lub posiadają diagnozy i wyniki badań (takimi jak lekarze, centra diagnostyczne, specjaliści, podmioty zewnętrzne).

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).

☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, lekarz pierwszego kontaktu:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, huisarts:	(naam invullen)
☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, logopeda:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, logopedist:	(naam invullen)
☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, szkoła/ instytucja sprawująca opiekę dzienną nad dzieckiem/ przedszkole:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal:	(naam invullen)
☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, pediatra:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, jeugdarts:	(naam invullen)
☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, Auris Punkt rejestracji:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, Auris Aanmeldpunt:	(naam invullen)
(do ewentualnego wsparcia edukacyjnego lub z usługami świadczonymi przez Auris Onderwijs)			
(voor eventuele onderwijsondersteuning of met een ambulante dienstverlening vanuit Auris Onderwijs)			
☐ nie	☐ nie ma	☐ tak, a mianowicie:	(wypełnij imię i nazwisko)
nee	n.v.t.	ja, namelijk:	(naam invullen)

Wymiana danych Pana/Pani dziecka z opiekunem (np. przybranym rodzicem lub dziadkiem) podczas badania w Centrum Audiologii. Dotyczy to sytuacji, gdy nie jest Pan/Pani obecny/(-a) na spotkaniu w charakterze

przedstawiciela prawnego.

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.

☐ tak ☐ nie
ja nee

Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przeprowadzenie badania

Toestemmingsverklaring voor onderzoek

Pana/Pani dziecko może zostać poddane różnym badaniom i/lub leczeniu w Centrum Audiologii. Oprócz badań audiometrycznych i logopedycznych, w rozmowie wstępnej i/lub badaniu może również uczestniczyć psycholog lub specjalista ds. edukacji uzupełniającej. W przypadku korzystania z pomocy psychologa lub specjalisty ds. edukacji uzupełniającej, niezbędna jest Pana/Pani jednoznaczna zgoda. Testy psychologiczne są przeprowadzane wyłącznie po uprzednim ich omówieniu z Panem/Panią.

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.

Niżej podpisany(-a) udziela zgody Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep na udział (w razie potrzeby) psychologa lub specjalisty ds. edukacji uzupełniającej w rozmowie wstępnej i/lub badaniu.

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

☐ tak ☐ nie
ja nee

Data i miejsce złożenia podpisu: ,

Datum en plaats ondertekening: ,

Imię i nazwisko dziecka:

Naam kind:

Podpis opiekuna prawnego 1:

Handtekening wettelijk

gezaghebber 1:

Data urodzenia dziecka:

Geboortedatum kind:

Podpis opiekuna prawnego 2:

Handtekening wettelijke

gezaghebber 2:

Podpis dziecka:

Handtekening kind:

(powyżej 12 roku życia)

(indien 12 jaar of ouder)

Jeżeli wypełnia Pan/Pani formularz cyfrowo, może Pan/Pani wstawić zdjęcie swojego podpisu.

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

Czy wydrukować/(-a) Pan/Pani ten formularz? Wówczas może Pan/Pani go zeskanować i wysłać do nas drogą mailową.

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