

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

نعم  لا

nee

ja

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

هل لديك بطاقة هوية لطفلك:

**انتبه:** يجب عليك أن تأخذ معك بطاقة هوية لطفلك عند زيارتك 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:

نعم  لا

nee

ja

هل تم تشخيص فقدان السمع من قبل؟

Is er eerder gehoorverlies vastgesteld?

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني

acgoes@auris.nl

البريد الإلكتروني

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200

088

هاتف 894 0300

088

هاتف 894 0100

088

‘ Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

بيرجين أوب زووم

Voorstad 78, 4461 KP Goes

خوس

‘Ammanplein 2,

**AURIS**  
KONINKLIJKE AURIS GROEP

□ نعم □ لا  
ja nee  
□ تحت الاختبار  
□ > 5 سنوات □ < 5 سنوات  
jaar 5< jaar 5> op proef

□ نعم □ لا، فأنا أتحدث معه:  
ja nee, namelijk:  
□ نعم □ لا  
ja nee  
□ نعم □ لا  
ja nee  
إلى  
tot

□ التعلم □ السلوك □ الاتصال □ المهارات  
الحركية  
leren gedrag contact motoriek

هل يرتدي طفلك أجهزة سمع؟  
Draagt uw kind hoortoestellen?  
ما هو عمر أجهزة السمع؟  
Hoe oud zijn de hoortoestellen?  
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؟  
Spreekt u Nederlands met uw kind?  
هل تفهم اللغة الهولندية؟  
Begrijpt u Nederlands?  
هل يحصل (حصل) من قبل على جلسات علاج نطق؟  
Heeft uw kind logopedie (gehad)?  
فترة العلاج:  
Behandelperiode:  
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:  
andere ontwikkelingsgebieden, indien ja:

□ ليس هناك قلق  
geen zorgen

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني

acgoes@auris.nl

البريد الإلكتروني

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200

088

هاتف 894 0300

088

هاتف 894 0100

088

‘ Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

بيرجين أوب زووم

Voorstad 78, 4461 KP Goes

خوس

‘Ammanplein 2,

  
KONINKLIJKE AURIS GROEP

هل يعاني طفلك من متلازمة أو أي خلل وراثي؟  
Is er bij uw kind sprake van een syndroom of genetische afwijking?  
 لا  نعم، و هي:  
ja, namelijk: nee

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:  
kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over:  
 التعلم  السلوك  
leren gedrag  
 الاتصال  المهارات الحركية  
contact motoriek  
 تطور نطق اللغة  
taal-spraakontwikkeling

إن أخصائي النطق لديه مخاوف حول:  
logopedist heeft zorgen over:  
 التعلم  السلوك  
leren gedrag  
 الاتصال  المهارات الحركية  
contact motoriek  
 تطور نطق اللغة  
taal-spraakontwikkeling

الأشخاص الآخرون لديهم مخاوف حول:  
anderen die zorgen hebben, namelijk:  
 التعلم  السلوك  
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  طبيب الأنف والأذن والحنجرة  
kinderarts KNO-arts  
 طبيب المخ والأعصاب فريق الحي/ الإسعافات الأولية  طبيب المخ والأعصاب  
neuroloog  
 المتكاملة  طبيب نفسي للأطفال/مؤسسة الصحة النفسية  
wijkteam/ integrale vroeghulp  
 أخصائي العلاج النفسي للأطفال/أخصائي التعليم  أخصائي العلاج الطبيعي  
kinderpsycholoog/ orthopedagoog  
 العلاج  أخصائي العلاج الطبيعي  
fysiotherapeut

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني

acgoes@auris.nl

البريد الإلكتروني

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200

088

هاتف 894 0300

088

هاتف 894 0100

088

‘ Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

بيرجين أوب زووم

‘ Voorstad 78, 4461 KP Goes

خوس

‘ Ammanplein 2,

  
KONINKLIJKE AURIS GROEP

المعنيين الآخرين   
overige betrokkenen:

المدرسة/ حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال   
school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal

شرح مختصر:  
Eventuele korte toelichting:

الموقع الإلكتروني  
www.auris.nl :  
الموقع الإلكتروني  
www.auris.nl :  
الموقع الإلكتروني  
www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:  
acbergenopzoom@auris.nl  
البريد الإلكتروني  
acgoes@auris.nl  
البريد الإلكتروني  
aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200  
088  
هاتف 894 0300  
088  
هاتف 894 0100  
088

‘ Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom  
بيرجين أوب زوم  
‘ Voorstad 78, 4461 KP Goes  
خوس

‘ Ammanplein 2,  
  
KONINKLIJKE AURIS GROEP

## بيان الموافقة على طلب وتقديم المعلومات

### Toestemmingsverklaring voor het opvragen en verstrekken van informatie

لكي تتمكن 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 أورييس 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).

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

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

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني

acgoes@auris.nl

البريد الإلكتروني

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200

088

هاتف 894 0300

088

هاتف 894 0100

088

، Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

بيرجين أوب زووم

، Voorstad 78, 4461 KP Goes

خوس

، Ammanplein 2,

**AURIS**  
KONINKLIJKE AURIS GROEP

onderzoek op het Audiologisch Centrum. Dit is van toepassing wanneer u niet zelf als wettelijk gezaghebber bij de afspraak aanwezig bent.

لا  نعم   
nee ja

### 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 نفسي أو أخصائي علاج تعليمي أيضا في المقابلة الأولية عند الدخول و / أو الفحص الطبي. في حالة إشراك أخصائي علاج نفسي أو أخصائي علاج تعليمي، فنسنتحاج 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 أورييس 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.

لا  نعم   
nee ja

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.

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

الموقع الإلكتروني

www.auris.nl :

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني

acgoes@auris.nl

البريد الإلكتروني

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف 894 0200

088

هاتف 894 0300

088

هاتف 894 0100

088

، Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

بيرجين أوب زوم

، Voorstad 78, 4461 KP Goes

خوس

، Ammanplein 2,

  
KONINKLIJKE AURIS GROEP