**A colorful logo with white background

Description automatically generated مركز أوريس AURIS للسمع والنطق**

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

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

هل تلقيت إحالة من طبيب الشباب، أو طبيب الأسرة أو طبيب الأنف والأذن والحنجرة الخاصين بك أو أي مختص إحالة آخر؟ أو هل تم نصحك، على سبيل المثال، من قبل أخصائي النطق أو المدرسة بطلب إجراء كشف طبي في مركز السمع؟ إذن، يمكنك في هذه الحالة تسجيل اسمك في هذا النموذج. انتبه: 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.

*إذا كنت ترغب في الحصول على نموذج التسجيل باللغة الإنجليزية أو البولندية أو التركية أو العربية، فتفضل بزيارة موقعنا على الانترنت.*

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

|  |  |
| --- | --- |
| اسم العائلة: | الأحرف الأولى والاسم 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 (جهة الاتصال الأولى): |
| 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):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| لا |  | نعم |  | هل لديك بطاقة هوية لطفلك: |
| nee |  | ja |  | Bent u in het bezit van een identiteitsbewijs voor uw kind: |

***انتبه:*** *يجب عليك إحضار بطاقة هوية لطفلك عند القدوم إلى المواعيد في مركز السمع والنطق. لن يكون من الممكن إجراء أي كشف بدون بطاقة هوية، وذلك 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:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | لا |  | نعم |  | هل تم تشخيص فقدان السمع من قبل؟ |
|  |  | nee |  | ja |  | Is er eerder gehoorverlies vastgesteld? |
|  |  | لا |  | نعم |  | هل يرتدي طفلك أجهزة سمع؟ |
|  |  | nee |  | ja |  | Draagt uw kind hoortoestellen? |
| > 5 سنوات | < 5 سنوات |  | تحت الاختبار | |  | ما هو عمر أجهزة السمع؟ |
| > 5 jaar | < 5 jaar |  | op proef | |  | Hoe oud zijn de hoortoestellen? |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | , |  |  | متى تم تشخيص فقدان السمع وأين؟ |
|  |  |  | , |  |  | Wanneer is het gehoorverlies vastgesteld en waar? |

التطور اللغوي والكلامي، إذا كان الجواب نعم:

de taal-spraakontwikkeling, indien ja:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| لا، بل أتحدث معه اللغة: |  | نعم |  | هل تتحدث اللغة الهولندية مع طفلك؟ |
| nee, namelijk: |  | ja |  | Spreekt u Nederlands met uw kind? |
| لا |  | نعم |  | هل تفهم اللغة الهولندية؟ |
| nee |  | ja |  | Begrijpt u Nederlands? |
| لا |  | نعم |  | هل يحصل (حصل) من قبل على جلسات علاج نطق؟ |
| nee |  | ja |  | Heeft uw kind logopedie (gehad)? |

فترة العلاج: إلى

Behandelperiode: tot

اسم أخصائي النطق:

Naam logopedist:

عنوان البريد الإلكتروني الخاص بأخصائي النطق:

Emailadres logopedist:

رقم هاتف أخصائي النطق:

Telefoonnummer logopedist:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| المهارات الحركية | الاتصال | السلوك | التعلم | جوانب التطور الأخرى، إذا كان الجواب نعم: |
| motoriek | contact | gedrag | leren | andere ontwikkelingsgebieden, indien ja: |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | ليس هناك قلق |
|  |  |  |  | geen zorgen |

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

هل لدى الآخرين مخاوف بشأن تطور طفلك؟

Hebben **anderen** zorgen over de ontwikkeling van uw kind?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| السلوك | التعلم | حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال / المدرسة لديهم مخاوف بشأن: |
| gedrag | leren | kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over: |
| المهارات الحركية | الاتصال |  |
| motoriek | contact |  |
| التطور اللغوي والكلامي | |  |
| taal-spraakontwikkeling | |  |
|  |  |  |
| السلوك | التعلم | إن أخصائي النطق لديه مخاوف حول: |
| gedrag | leren | logopedist heeft zorgen over: |
| المهارات الحركية | الاتصال |  |
| motoriek | contact |  |
| التطور اللغوي والكلامي | |  |
| taal-spraakontwikkeling | |  |
|  |  |  |
| السلوك | التعلم | الأشخاص الآخرون لديهم مخاوف، بشأن: |
| gedrag | leren | anderen die zorgen hebben, namelijk: |
| المهارات الحركية | الاتصال |  |
| motoriek | contact |  |
| التطور اللغوي والكلامي | |  |
| 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 المتكاملة | طبيب المخ والأعصاب |
| wijkteam/ integrale vroeghulp | neuroloog |
| أخصائي العلاج النفسي للأطفال/أخصائي التعليم العلاجي. | طبيب نفسي للأطفال/مؤسسة الصحة النفسية |
| kinderpsycholoog/ orthopedagoog | kinderpsychiater/ GGZ-instelling |
| المدرسة/ حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال | أخصائي العلاج الطبيعي |
| school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal | 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. ومن أمثلة هؤلاء طبيب الأنف والأذن والحنجرة، 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).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، طبيب الأسرة | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, huisarts: | n.v.t. | nee |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، أخصائي النطق: | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, logopedist: | n.v.t. | nee |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، المدرسة / حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال: | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal: | n.v.t. | nee |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، طبيب الشباب | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, jeugdarts: | n.v.t. | nee |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، مكتب تسجيل أوريس Auris | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, Auris Aanmeldpunt: | n.v.t. | nee |

(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)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *(قم بتعبئة الاسم)* | نعم، وهي: | غير منطبق | لا |
| *(naam invullen)* | ja, namelijk: | n.v.t. | nee |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. | نعم | لا |
| 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. | ja | nee |

**بيان الموافقة على الكشف الطبي**

**Toestemmingsverklaring voor onderzoek**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **انتبه: لا يمكننا ترتيب موعد بدون تحديد الاختيار بنعم أو لا**  قد يتلقى طفلك العديد من الفحوصات و/أو العلاج في مركز السمع والنطق. 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، فسنحتاج لموافقتك الصريحة. لن يتم إجراء الكشف النفسي إلا بعد مناقشته معك. 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. | نعم | لا |
| **LET OP: Zonder keuze ja/nee kunnen wij geen afspraak inplannen**  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. Ondergetekenden geven aan Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep toestemming om (indien nodig) een psycholoog of orthopedagoog te betrekken bij het intakegesprek en/of onderzoek. | ja | nee |

تاريخ ومكان التوقيع:

Datum en plaats ondertekening:

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

*إذا قمت بإكمال النموذج رقميا، يمكنك إرفاق صورة لتوقيعك. وإذا كنت قد قمت بطباعة النموذج،*

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

*فيمكنك مسحه ضوئيًا أو التقاط صورة له وإرساله لنا عبر البريد الإلكتروني.*

*Dan mag u het formulier inscannen of er een foto van maken en naar ons mailen.*