**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 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 أسمك في هذا النموذج. انتبه: أن إحالة الطبيب مطلوبة دائما للتسجيل.

*إن نموذج التسجيل متوفر باللغة الإنجليزية، والبولندية، والتركية والعربية؟ قم بالاطلاع على موقعنا على الانترنت.*

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.

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

Graag hier de gegevens van **uw kind** invullen:

يُرجى ملء بيانات طفلك هنا:

|  |  |
| --- | --- |
| الأحرف الأولى والأسم الأول: | أسم العائلة: |
| Voorletters en roepnaam: | Achternaam: |
| تاريخ الميلاد: | رقم خدمة المواطن BSN: |
| Geboortedatum: | BSN nummer: |
| العنوان ورقم المنزل: | الرمز البريدي والمدينة |
| Adres en huisnummer: | Postcode en plaats |
| رقم الهاتف (المحمول): | عنوان البريد الإلكتروني: |
| (Mobiel) tel. nummer: | Emailadres: |
| اسم طبيب الأسرة: | عنوان طبيب الأسرة: |
| Naam huisarts: | Adres huisarts: |

من يملك السلطة القانونية؟

Wie heeft het wettelijk gezag\*?

\*Als u **gezag** hebt over een kind, dan bent u verantwoordelijk voor de verzorging en opvoeding van het kind.

U beheert het geld en de spullen van het kind.

من لديه السلطة القانونية\*:

إذا كنت تمتلك **السلطة** على طفل، فإنك تكون المسؤول عن رعاية الطفل وتربيته\*.

أنت من تدير مال وأشياء الطفل.

عنوان الوالد الآخر (إذا كان الوالدان منفصلين):

Adres andere ouder (indien ouders zijn gescheiden):

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

 ja nee

***انتبه:*** *يجب عليك أن تأخذ معك بطاقة هوية لطفلك عند ذهابك إلى المواعيد في مركز السمع. 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:

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 الإختبار [ ]  < 5 سنوات [ ]  > 5 سنوات

Hoe oud zijn de hoortoestellen? op proef < 5jaar > 5 jaar

متى تم تشخيص فقدان السمع وأين؟

Wanneer is het gehoorverlies vastgesteld en waar?

[ ]  تطور نطق اللغة، إذا كان الجواب نعم:

de taal-spraakontwikkeling, indien ja:

هل تتحدث اللغة الهولندية مع طفلك؟ [ ]  نعم [ ]  لا، اتحدث:

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

هل تفهم اللغة الهولندية؟ [ ]  نعم [ ]  لا

Begrijpt u Nederlands? ja nee

هل يحصل طفلك (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 كان الجواب 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 من أي خلل وراثي؟ [ ]  لا [ ]  نعم، وهو:

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

[ ]  مهارات الاتصال [ ]  المهارات الحركية

contact motoriek

[ ]  تطوير اللغة

taal-spraakontwikkeling

[ ]  إن أخصائي النطق لديه مخاوف بشأن: [ ]  التعلم [ ]  السلوك

logopedist heef zorgen over: leren gedrag

[ ]  مهارات الاتصال [ ]  المهارات الحركية

contact motoriek

[ ]  تطور نطق اللغة

taal-spraakontwikkeling

[ ]  الأشخاص الآخرون لديهم مخاوف بشأن: [ ]  التعلم [ ]  السلوك

anderen die zorgen hebben, namelijk: leren gedrag

[ ]  مهارات الاتصال [ ]  المهارات الحركية

contact motoriek

[ ]  تطور نطق اللغة

taal-spraakontwikkeling

المهنيين الآخرين المعنيين بحالة طفلك:

Andere professionals die betrokken zijn bij uw kind:

[ ]  طبيب الأنف والأذن والحنجرة [ ]  طبيب الأطفال

KNO-arts kinderarts

[ ]  طبيب المخ والأعصاب [ ]  فريق الحي/ الإسعافات الأولية المتكاملة

neuroloog wijkteam/ integrale vroeghulp

[ ]  طبيب نفسي للأطفال/مؤسسة الصحة النفسية [ ]  أخصائي العلاج النفسي للأطفال/أخصائي التعليم العلاجي.

kinderpsychiater/GGZ-instelling kinderpsycholoog/orthopedagoog

[ ]  أخصائي العلاج الطبيعي [ ]  المدرسة / حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال

fysiotherapeut school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal

[ ]  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 الشخص الذي يتولى الكشف الطبي.

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. ja, 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، وهي: *(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.

إلى جانب الجهة التي أحالتك إلينا، ستُرسَل نسخة من تقرير تقييم مركز السمع والنطق إلى طبيب الأسرة الخاص بك. في حال عدم موافقتك على ذلك، يُرجى الإشارة إلى ذلك هنا. أما في حال موافقتك، فلست بحاجة لتحديد أي خيار.

Naast uw verwijzer ontvangt uw huisarts ook een verslag van het onderzoek op het AC. Geeft u geen toestemming, dan kunt u dat hier aangeven. *Geeft u wel toestemming, dan hoeft u niets aan te vinken.*

[ ]  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:

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

*إذا قمت بتعبئة 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 للنموذج وإرساله بالبريد الإلكتروني لنا.*

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