

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 الإنترنت.

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.

الأحرف الأولى والأسم الأول:	أسم العائلة:	الأحرف الأولى والأسم الأول:	أسم العائلة:
تاريخ الميلاد:	رقم خدمة المواطن BSN:	تاريخ الميلاد:	رقم خدمة المواطن BSN:
العنوان ورقم المنزل:	الرمز البريدي والمدينة:	العنوان ورقم المنزل:	الرمز البريدي والمدينة:
رقم الهاتف (المحمول):	عنوان البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف (المحمول):	عنوان البريد الإلكتروني:
اسم طبيب الأسرة:	عنوان طبيب الأسرة:	اسم طبيب الأسرة:	عنوان طبيب الأسرة:
Naam huisarts:	Adres huisarts:	Naam huisarts:	Adres huisarts:
من يملك السلطة القانونية؟	□ كلا الوالدين	□ الوالد 1	□ الوالد 2
Wie heeft het wettelijk gezag?	beide ouders	ouder 1	ouder 2

بيانات الاتصال للوالد 1 (رقم الهاتف والعنوان والبريد الإلكتروني):

Contactgegevens ouder 1 (telefoonnummer, adres en email):

بيانات الاتصال للوالد 2 (رقم الهاتف والعنوان والبريد الإلكتروني):

Contactgegevens ouder 2 (telefoonnummer, adres en email):

هل لديك بطاقة هوية لطفلك: نعم لا
nee ja

انتبه: يجب عليك أن تأخذ معك بطاقة هوية لطفلك عند ذهابك إلى المواعيد في مركز السمع. إن 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؟
Is er eerder gehoorverlies vastgesteld?
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 كان الجواب نعم:
de taal-spraakontwikkeling, indien ja:

لا نعم

nee ja

لا نعم

nee ja

تحت الإختبار

5 سنوات < 5 سنوات >

5 jaar < 5jaar > op proef



الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

البريد الإلكتروني:
acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني:
acgoes@auns.nl

البريد الإلكتروني:
aanmeldingenac@auris.nl

هاتف: (0164) 266 599

هاتف: (0113) 250 342

هاتف: (010) 413 22 80

ميرجين، Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom

أوب زوم
خوس، Voorstad 78, 4461 KP Goes

روتردام، Ammanplein 2, 3031 RT Rotterdam

نعم لا، اتحدث:
nee, namelijk: ja
 نعم لا
nee ja
 نعم لا
nee ja

هل تتحدث اللغة الهولندية مع طفلك؟
Spreekt u Nederlands met uw kind?
هل تفهم اللغة الهولندية؟
Begrijpt u Nederlands?
هل يحصل طفلك (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:

التعلم السلوك الاتصال المهارات الحركية
leren gedrag contact motoriek

جوانب التطور الأخرى، إذا كان الجواب نعم:
andere ontwikkelingsgebieden, indien ja:

ليس هناك قلق
geen zorgen

نعم، وهو:
ja, namelijk:

لا
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?
 حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال / المدرسة لديهم مخاوف بشأن:
kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over:

التعلم السلوك
leren gedrag
 مهارات الاتصال المهارات الحركية
contact motoriek
 تطوير اللغة
taal-spraakontwikkeling
 التعلم السلوك
leren gedrag
 مهارات الاتصال المهارات الحركية
contact motoriek
 تطور نطق اللغة
taal-spraakontwikkeling
 التعلم السلوك
leren gedrag
 مهارات الاتصال المهارات الحركية
contact motoriek
 تطور نطق اللغة
taal-spraakontwikkeling

إن أخصائي النطق لديه مخاوف بشأن:
:logopedist heeft zorgen over

الأشخاص الآخرون لديهم مخاوف بشأن:
:anderen die zorgen hebben, namelijk

المهنيين الآخرين المعنيين بحالة طفلك:

Andere professionals die betrokken zijn bij uw kind:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> طبيب الأطفال | <input type="checkbox"/> طبيب الأنف والأذن والحنجرة |
| <input type="checkbox"/> kinderarts | <input type="checkbox"/> KNO-arts |
| <input type="checkbox"/> فريق الحي/ الإسعافات الأولية المتكاملة | <input type="checkbox"/> طبيب المخ والأعصاب |
| <input type="checkbox"/> wijkteam/ integrale vroeghulp | <input type="checkbox"/> neuroloog |
| <input type="checkbox"/> أخصائي العلاج النفسي للأطفال/أخصائي التعليم العلاجي. | <input type="checkbox"/> طبيب نفسي للأطفال/مؤسسة الصحة النفسية |
| <input type="checkbox"/> kinderpsycholoog/orthopedagoog | <input type="checkbox"/> kinderpsychiater/GGZ-instelling |
| <input type="checkbox"/> المدرسة / حضانة الأطفال / صالة لعب الأطفال | <input type="checkbox"/> أخصائي العلاج الطبيعي |
| <input type="checkbox"/> school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal | <input type="checkbox"/> fysiotherapeut |
| | <input type="checkbox"/> المهنيين الآخرين |
| | <input type="checkbox"/> overige betrokkenen: |

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@auns.nl

البريد الإلكتروني:
aanmeldingenac@auris.nl

هاتف: (0164) 266 599

هاتف: (0113) 250 342

هاتف: (010) 413 22 80

Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom
أوب زووم

Voorstad 78, 4461 KP Goes
خوس

Ammanplein 2, 3031 RT Rotterdam
روتردام

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

تبادل بيانات طفلك مع المرافق (مثل زوج الأم أو الجد/الجددة) 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 إليها، سنرسل 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.*

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، فنسنتحتاج 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



الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

الموقع الإلكتروني: www.auris.nl

البريد الإلكتروني:

acbergenopzoom@auris.nl

البريد الإلكتروني:

acgoes@auns.nl

البريد الإلكتروني:

aanmeldingenac@auris.nl

هاتف: 0164) 266 599

هاتف: 0113) 250 342

هاتف: 010) 413 22 80

Marslaan 7, 4624 CT Bergen op Zoom
أوب زووم

Voorstad 78, 4461 KP Goes
خوس

Ammanplein 2, 3031 RT Rotterdam
روتردام

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 أذنه 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
nee ja

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:

إذا قمت بتعبئة النموذج رقمياً، 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.