** 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.*

Proszę tutaj wpisać dane **Państwa dziecka**:
Graag hier de gegevens van **uw kind** invullen:

|  |  |
| --- | --- |
| Inicjały i używane imię: | Nazwisko: |
| Voorletters en roepnaam: | Achternaam: |
| Data urodzenia: | BSN (numer obsługi obywatelskiej): |
| Geboortedatum: | BSN: |
| Adres i numer domu: | Kod pocztowy i miejscowość: |
| Adres en huisnummer: | Postcode en plaats: |
| Numer komórkowy (pierwsza osoba do kontaktu): | Adres e-mail: |
| GSM nummer (eerste contactpersoon): | Emailadres: |
| Imię i nazwisko lekarza pierwszego kontaktu: | Adres lekarza pierwszego kontaktu: |
| Naam huisarts: | Adres huisarts: |

Kto posiada władzę rodzicielską\*:

Wie heeft het wettelijk gezag\*:

\*Jeśli posiadają Państwo **władzę rodzicielską** nad dzieckiem, są Państwo odpowiedzialni za jego opiekę i wychowanie.

Państwo zarządzają pieniędzmi i rzeczami należącymi do dziecka.

\*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.

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:

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 |  |  |
| 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:

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 |[ ]  1 nie |
| Begrijpt u Nederlands? |  | ja |  | 1 nee |
| Czy Pana/Pani dziecko uczęszcza (uczęszczało) na terapię logopedyczną? |[ ]  tak |[ ]  1 nie |
| Heeft uw kind logopedie (gehad)? |  | ja |  | 1 nee |

Czas trwania leczenia: 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: | [ ]  nauka | [ ]  zachowanie | [ ]  kontakt | [ ]  motoryka |
| andere ontwikkelingsgebieden, indien ja: |  leren |  gedrag |  contact |  motoriek |
|  |  |  |  |  |
| [ ]  bez obaw |  |  |  |  |
| geen zorgen |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy u dziecka występuje syndrom lub nieprawidłowość genetyczna? | [ ]  nie | [ ]  tak, a mianowicie: |
| Is er bij uw kind sprake van een syndroom of genetische afwijking? |  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: | [ ]  nauka | [ ]  zachowanie |
| kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over: |  leren |  gedrag |
|  | [ ]  kontakt | [ ]  motoryka |
|  |  contact |  motoriek |
|  | [ ]  rozwoju języka i mowy |
|  |  taal-spraakontwikkeling |
|  |  |  |
| [ ]  logopeda ma obawy dotyczące: | [ ]  nauka | [ ]  zachowanie |
| logopedist heeft zorgen over: |  leren | gedrag |
|  | [ ]  kontakt | [ ]  motoryka |
|  |  contact |  motoriek |
|  | [ ]  rozwoju języka i mowy |
|  |  taal-spraakontwikkeling |
|  |  |  |
| [ ]  inne osoby, które mają obawy dotyczące: | [ ]  nauka | [ ]  zachowanie |
| anderen die zorgen hebben, namelijk: |  leren |  gedrag |
|  | [ ]  kontakt | [ ]  motoryka |
|  |  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 zdrowia psychicznego | [ ]  psycholog dziecięcy/specjalista ds. pedagogiki specjalnej |
| kinderpsychiater/ GGZ-instelling | kinderpsycholoog/ orthopedagoog |
| [ ]  fizjoterpauta | [ ]  szkoła/ instytucja sprawująca opiekę dzienną nad dzieckiem/ przedszkole |
| fysiotherapeut | school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal |
|  |  |
| [ ]  pozostałe zainteresowane strony: |  |
| overige betrokkenen: |  |

Proszę o ewentualne krótkie wyjaśnienie:

Eventuele korte toelichting:

**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).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [x]  nie | [ ]  nie ma zastosowania | [ ]  tak, logopeda: | *(wypełnij imię i nazwisko)* |
|  nee |  n.v.t. | ja, logopedist: | *(naam invullen)* |
| [ ]  nie | [ ]  nie ma zastosowania | [ ]  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 zastosowania | [ ]  tak, pediatra: | *(wypełnij imię i nazwisko)* |
| nee |  n.v.t. | ja, jeugdarts: | *(naam invullen)* |
| [ ]  nie | [ ]  nie ma zastosowania | [ ]  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 zastosowania | [x]  tak, a mianowicie: | *(wypełnij imię i nazwisko)* |
|  nee | n.v.t. | ja, namelijk: | *(naam invullen)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  nie | [ ]  tak | 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. |
|  nee |  ja | 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. |
| [ ]  nie |  | Oprócz Pana/Pani lekarza prowadzącego, raport z badania w AC otrzyma również Pana/Pani lekarz rodzinny. Jeśli nie wyraża Pan/Pani zgody, może to Pan/Pani zaznaczyć tutaj. *Jeśli wyraża Pan/Pani zgodę, nie musi Pan/Pani nic zaznaczać.* |
|  nee |  | 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*. |

**Oświadczenie o wyrażeniu zgody**

**Toestemmingsverklaring**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  nie | [ ]  tak | **UWAGA: Bez wybrania opcji tak/nie nie możemy zaplanować spotkania**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. 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. |
|  nee |  ja | **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. |

Data i miejsce złożenia podpisu:

Datum en plaats ondertekening:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko dziecka: |  | Data urodzenia dziecka: |  |  |
| Naam kind: |  | Geboortedatum kind: |  |  |
| Podpis opiekuna prawnego 1: |  | Podpis opiekuna prawnego 2: |  | Podpis dziecka:(powyżej 12 roku życia) |
| Handtekening wettelijk gezaghebber 1: |  | Handtekening wettelijke gezaghebber 2: |  | Handtekening kind:(indien 12 jaar of ouder) |
| Imię: |  | Imię: |  |  |
| Naam: |  | Naam: |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Jeżeli wypełnia Pan/Pani formularz cyfrowo, może Pan/Pani wstawić zdjęcie swojego podpisu. Czy wydrukował/(-a) Pan/Pani ten formularz?*

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

*Następnie może Pan/Pani zeskanować formularz lub zrobić jego zdjęcie i wysłać je do nas.*

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