**A colorful logo with white background

Description automatically generated AURIS ODYOLOJİ MERKEZİ**

**16 yaşına kadar olan çocuklar için Odyoloji Merkezi başvuru formu**

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

Sizi buraya çocuk doktorunuz, ev doktoru/aile hekimi, kulak, burun, boğaz (KBB) doktorunuz veya başka bir yer mi sevk etti? Yoksa muayene olmak için Odyoloji Merkezine danışmanızı size bir logopedist veya okul mu tavsiye etti? Bu ikisinden birine cevabınız evet ise bu formla başvuru yapabilirsiniz. Dikkat: Başvuru için her zaman bir doktordan sevk raporu getirmeniz gerekmektedir.

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.

*Başvuru formunuz İngilizce mi, Lehçe mi, Türkçe mi yoksa Arapça mı olmalı? İnternet sayfamıza bakın.*

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

Lütfen **çocuğunuzun** bilgilerini buraya giriniz:

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

|  |  |
| --- | --- |
| İlk adlarınızın baş harfleri ve kullanılan ilk adınız: | Soyadı: |
| Voorletters en roepnaam: | Achternaam: |
| Doğum tarihi: | BSN: |
| Geboortedatum: | BSN: |
| Adres ve numara: | Posta kodu ve şehir: |
| Adres en huisnummer: | Postcode en plaats: |
| Cep telefonu numarası (birinci irtibat kişisi): | E-posta adresi: |
| GSM nummer (eerste contactpersoon): | Emailadres: |
| Ev doktorunun/aile hekiminin soyadı: | Ev doktorunun/aile hekiminin adresi: |
| Naam huisarts: | Adres huisarts: |

Çocuğun yasal velayeti kimde\*:

Wie heeft het wettelijk gezag:

\* Bir çocuğun **velayeti** sizde ise, ilgili çocuğun bakımı ve yetiştirilmesinden siz sorumlu olursunuz.

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

Çocuğun parasını ve sahip olduklarını yönetirsiniz.

Diğer ebeveynin iletişim bilgileri (telefon numarası, adres ve e-posta adresi):

Contactgegevens andere ouder (telefoonnummer, adres en e-mail):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Çocuğunuzun kimlik kartı sizde mi: |  |  | evet |  | hayır |
| Bent u in het bezit van een identiteitsbewijs voor uw kind: |  |  | ja |  | nee |

***Dikkat:*** *Odyoloji Merkezindeki randevularınız için çocuğunuzun kimlik kartını yanınızda bulundurmak zorundasınız. Kimlik kartı olmadan hiçbir muayene yapılamaz, çünkü bu durumda sağlık sigortanızdan muayene giderlerini karşılamalarını talep edemeyiz!*

***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!*

Endişeniz olan konu:

Heeft **u** zorgen over:

işitme, cevabınız evet ise:

het gehoor, indien ja:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Önceden işitme kaybı teşhisi kondu mu? |  | evet |  | hayır |  |  |
| Is er eerder gehoorverlies vastgesteld? |  | ja |  | nee |  |  |
| Çocuğunuz işitme cihazı kullanıyor mu? |  | evet |  | hayır |  |  |
| Draagt uw kind hoortoestellen? |  | ja |  | nee |  |  |
| İşitme cihazları kaç yıldır kullanılıyor? |  | test aşamasında | | | 5 yıldan daha az | 5 yıldan daha fazla |
| Hoe oud zijn de hoortoestellen? |  | op proef | | | < 5 jaar | > 5 jaar |
|  |  |  |  |  |  |  |
| İşitme kaybı teşhisi ne zaman ve nerede koyuldu? |  |  | , |  |  |  |
| Wanneer is het gehoorverlies vastgesteld en waar? |  |  | , |  |  |  |

dil ve konuşma durumundan, cevabınız evet ise:

de taal-spraakontwikkeling, indien ja:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Çocuğunuzla Hollandaca mı konuşuyorsunuz? |  | evet |  | hayır, şu dili konuşuyorum: |
| Spreekt u Nederlands met uw kind? |  | ja |  | nee, namelijk: |
| Hollandaca anlıyor musunuz? |  | evet |  | 1 hayır |
| Begrijpt u Nederlands? |  | ja |  | 1 nee |
| Çocuğunuz logopedi terapisi alıyor mu (ya da geçmişte aldı mı)? |  | evet |  | 1 hayır |
| Heeft uw kind logopedie (gehad)? |  | ja |  | 1 nee |

Tedavi süresi: -

Behandelperiode: tot

Dil ve konuşma uzmanının ismi:

Naam logopedist:

Dil ve konuşma uzmanının email adresi:

Emailadres logopedist:

Dil ve konuşma uzmanının telefon numarası:

Telefoonnummer logopedist:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| gelişimi ile ilgili diğer alanlar, cevabınız evet ise: | öğrenme | davranış | kontak | motorik |
| andere ontwikkelingsgebieden, indien ja: | leren | gedrag | contact | motoriek |
|  |  |  |  |  |
| hiçbir sorunu yok |  |  |  |  |
| geen zorgen |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Çocuğunuzda bir sendrom ya da genetik bir anormali söz konusu mu? | hayır | evet, şöyle ki: |
| Is er bij uw kind sprake van een syndroom of genetische afwijking? | nee | ja, namelijk: |

**Başkalarının**, çocuğunuzun gelişimi ile ilgili endişeleri var mı?

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| çocuk yuvasının/2-4 yaş arası oyun yuvasının/okulun şu konu(lar)da endişesi var: | öğrenme | davranış |
| kinderdagverblijf/ peuterspeelzaal/ school heeft zorgen over: | leren | gedrag |
|  | kontak | motorik |
|  | contact | motoriek |
|  | dil ve konuşma gelişimi | |
|  | taal-spraakontwikkeling | |
|  |  |  |
| logopedistin şu konu(lar)da endişesi var: | öğrenme | davranış |
| logopedist heeft zorgen over: | leren | gedrag |
|  | kontak | motorik |
|  | contact | motoriek |
|  | dil ve konuşma gelişimi | |
|  | taal-spraakontwikkeling | |
|  |  |  |
| başkalarının şu konularda endişeleri var: | öğrenme | davranış |
| anderen die zorgen hebben, namelijk: | leren | gedrag |
|  | kontak | motorik |
|  | contact | motoriek |
|  | dil ve konuşma gelişimi | |
|  | taal-spraakontwikkeling | |

Çocuğunuzla ilgisi olan diğer uzmanlar:

Andere professionals die betrokken zijn bij uw kind:

|  |  |
| --- | --- |
| kulak burun boğaz doktoru | çocuk doktoru |
| KNO-arts | kinderarts |
| nörolog | semt ekibi (wijkteam)/erken yardım |
| neuroloog | wijkteam/ integrale vroeghulp |
| çocuk psikiyatristi/GGZ kurumu | çocuk psikologu/ortopedagog |
| kinderpsychiater/ GGZ-instelling | kinderpsycholoog/ orthopedagoog |
| fizyoterapist | okul/çocuk yuvası/2-4 yaş arası oyun yuvası |
| fysiotherapeut | school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal |
|  |  |
| ilgili diğer kişiler: |  |
| overige betrokkenen: |  |

Olası kısa bir açıklama:

Eventuele korte toelichting:

**Bilgi talep etmek ve vermek için izin beyanı**

**Toestemmingsverklaring voor het opvragen en verstrekken van informatie**

Çocuğunuza muayenenin en iyi şekilde yapılabilmesi veya çocuğunuza en iyi tedavinin sunulabilmesi için çocuğunuzla ilgilenen diğer sağlık uzmanları ve/veya ilgililerle istişare edebilmemiz ve onlarla bilgi alışverişinde bulunabilmemiz önem arz etmektedir. Bu kişiler örneğin kulak burun boğaz doktoru, ev doktoru/aile hekimi veya logopedist olabilir. Bu kişilerle yalnızca kesinlikle gerekli bulduğumuz verileri paylaşırız. Bu bilgi paylaşımı sadece sizin izniniz olursa yapılabilecektir. Bu izni, aşağıda "evet" kutucuğunu işaretleyerek ve formu imzalayarak verebilirsiniz. Araştırmacıya bildirmek suretiyle izninizi her zaman geri çekebilirsiniz.

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.

Aşağıda imzası bulunanlar, bu izni Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep’a aşağıda belirtilen durum için verdiklerini beyan ederler:

Ondergetekende geeft aan de Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep toestemming voor:

Çocuğunuzun kişisel verilerinin çocuğunuza halen sağlık hizmeti veren, sağlık hizmeti vermiş olan ve/veya bulgu ve test sonuçlarını ellerinde bulunduran (doktorlar, tanı merkezleri, muayene edenler, dış hizmetler gibi) kişiler ve kuruluşlarla paylaşılması.

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).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| hayır | geçerli değil | evet, logopedist: | *(ismi girin)* |
| nee | n.v.t. | ja, logopedist: | *(naam invullen)* |
| hayır | geçerli değil | evet, okul/çocuk yuvası/2-4 yaş arası oyun yuvası: | *(ismi girin)* |
| nee | n.v.t. | ja, school/ kinderopvang/ peuterspeelzaal: | *(naam invullen)* |
| hayır | geçerli değil | evet, çocuk doktoru: | *(ismi girin)* |
| nee | n.v.t. | ja, jeugdarts: | *(naam invullen)* |
| hayır | geçerli değil | evet, Auris başvuru noktası: | *(ismi girin)* |
| nee | n.v.t. | ja, Auris Aanmeldpunt: | *(naam invullen)* |

(Auris Eğitim’den örneğin eğitim desteği veya direkt evinizde, iş yerinizde ya da okulunuzda yardım hizmeti için)

(voor eventuele onderwijsondersteuning of met een ambulante dienstverlening vanuit Auris Onderwijs)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| hayır | geçerli değil | evet, şöyle ki: | *(ismi girin)* |
| nee | n.v.t. | ja, namelijk: | *(naam invullen)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| hayır | evet | Odyoloji Merkezindeki muayeneler sırasında çocuğunuzun verilerinin çocuğunuzla beraber gelen kişilerle (ör. üvey baba veya büyük baba) paylaşılması. Burada yasal veli olmadan randevuya gelen kişiler söz konusudur. |
| 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. |
| hayır |  | Sevkinizi yapan doktora ek olarak, ev doktorunuz/aile hekiminize de AC'deki araştırmanın raporu gönderilecektir. Onay ve rmiyorsanız, bunu burada belirtebilirsiniz. *Onay veriyorsanız, hiçbir şeyi işaretlemenize gerek yoktur*. |
| 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*. |

**Onay beyanı**

**Toestemmingsverklaring**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| hayır | evet | **DİKKAT: Evet/hayır tercihi olmadan bir randevu ayarlayamayız**  Çocuğunuz Odyoloji Merkezinde farklı muayenelerden geçebilir ve / veya kendisine farklı tedaviler verilebilir. Odyometri ve logopedi araştırmalarının yanı sıra kabul görüşmesine ve/veya araştırmaya bir psikolog veya ortopedagog da katılabilir. Bir psikologun veya ortopedagogun katılmasının gerekli olması halinde açık izninize ihtiyaç duyarız. Mental durum muayenesi yalnızca sizinle görüşüldükten sonra yapılır. Aşağıda imzası bulunanlar, kabul görüşmesine ve/veya araştırmaya (gerektiğinde) bir psikologun veya ortopedagogun dahil edilmeleri için Stichting Zorg Koninklijke Auris Groep’a izin verdiklerini beyan ederler. |
| 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. |

Tarih ve yer imza:

Datum en plaats ondertekening:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Çocuğun ismi: |  | Çocuğun doğum tarihi: |  |  |
| Naam kind: |  | Geboortedatum kind: |  |  |
| 1. yasal velayet sahibinin imzası: |  | 2. yasal velayet sahibinin imzası: |  | Çocuğun imzası:  (12 yaşın üzerindeyse) |
| Handtekening wettelijk gezaghebber 1: |  | Handtekening wettelijke gezaghebber 2: |  | Handtekening kind:  (indien 12 jaar of ouder) |
| İsim: |  | İsim: |  |  |
| Naam: |  | Naam: |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Formu dijital olarak dolduruyorsanız imzanızın bir fotoğrafını da ekleyebilirsiniz. Formun çıktısını aldınız mı?*

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

*Daha sonra formu tarayabilir ya da fotoğrafını çekip bize postalayabilirsiniz.*

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