

Flüchtlingsambulanz

Anmeldeformular französisch

Feuille d'inscription au service ambulatoire pour réfugiés

Martinistraße 52, 20246 Hamburg

Ärztliche Fachbereichsleitung:
Dr. med. Areej Zindler

Telefon: +49 (0) 40 7410 - 29400
Fax: +49 (0) 40 7410 - 49400

fluechtlingsambulanz@uke.de
www.uke.de/mvz/fluechtlingsambulanz

1. Name der Patientin/des Patienten - Nom du patient/de la patiente:

2. Geburtsdatum - Date de naissance:

3. Geschlecht (m/w/d) - Sexe (m/f/d):

4. Aktuelle Adresse der Patientin/des Patienten - Adresse actuelle du patient/de la patiente:

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.
- En cas de changement d'adresse ou de numéro de téléphone, merci de nous en informer.

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o. ä., bei Eltern,
eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung)
- Le nom de l'établissement et l'adresse (chez les parents,/propre logement/établissement de
première ligne/logement encadré pour jeunes):

6. Geburtsland/Herkunftsland - Pays de naissance/pays d'origine:

7. Staatsangehörigkeit - Nationalité:

8. Sprache - Langue:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - Raison de la présentation/Symptômes:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben

- Les frères et sœurs mineurs qui ont également des besoins:

11. Mit Eltern oder unbegleitet - Avec parents ou non accompagnés:

12. Name des Vormundes - Coordonnées/nom du tuteur:

Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax).

- Veuillez nous envoyer la commande et la procuration du tuteur à l'avance (volontiers par mail ou par fax).

13a. Krankenversicherung - Caisse d'assurance maladie:

13b. Versichertennummer - Numéro d'assuré:

Sollte keine Karte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax).

- Si vous n'avez pas de carte, nous avons besoin d'une attestation d'assurance à l'avance (par e-mail ou fax).

14. Seit wann in Deutschland - Depuis quand en Allemagne:

15. Aufenthaltsstatus - Statut de résident:

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)
Audition a déjà eu lieu: oui non (veuillez entourer ce qui convient)

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer
Behandlung - Déjà en traitement psychologique, psychothérapeutique et/ou psychiatrique ailleurs:

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem - Si oui, où, quand et auprès de qui:

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o. ä.)
- Le numéro de téléphone, le nom et le mail de l'appelant (tuteur, curateur, enseignant ou autre):

Kontakt Daten - Coordonnées

Patient:in - patient:

Vor- und Nachname - Prénom et nom de famille:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Vormund - Tuteur:

Vor- und Nachname - Prénom et nom de famille:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Betreuer:in/Familienhilfe - Conseiller/Aide aux familles:

Vor- und Nachname - Prénom et nom de famille:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Eltern - Parents:

Mutter - Mère:

Vater- Père:

Vor- und Nachname
- Prénom et nom de famille:

Vor- und Nachname
- Prénom et nom de famille:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

Anschrift - Adresse:

Anschrift - Adresse:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Geschwister - Frères et sœurs:

Vor- und Nachname - Prénom et nom de famille:

Schule - École:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - Nom de l'école/Adresse et Numéro de téléphone:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Name der Klassenlehrkraft - Nom de l'enseignant de la classe:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft - Coordonnées de l'enseignant, le cas échéant:

Hausärztliche/kinderärztliche Praxis - Cabinet médical généraliste ou pédiatrique:

Vor- und Nachname - Prénom et nom de famille:

Adresse - Adresse:

Telefonnummer - Numéro de téléphone:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung Déclaration de garde et de consentement au traitement

1. Erklärung zum Sorgerecht - Déclaration de garde

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen

- Veuillez cocher et compléter la variante qui convient ci-dessous:

☐ Alleiniges Sorgerecht - Garde exclusive

Hiermit versichere ich - Par la présente, je certifie

(Vor- und Nachname des allein sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse)
dass ich das Sorgerecht für das Kind - (Nom et prénom du parent qui a la garde exclusive de l'enfant,
date de naissance, adresse)

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (Prénom et nom, date de naissance, adresse).

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

Remarque: Autorité parentale conjointe à la page 2

☐ Gemeinsames Sorgerecht - Autorité parentale conjointe

Hiermit versichere ich - Par la présente, je certifie

(Vor- und Nachname des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind - (Prénom et nom du parent pas présent qui a la garde de l'enfant, date de naissance, adresse. Ou le cas échéant, lieu de séjour ou sans domicile fixe.):

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehave - (Prénom et nom, date de naissance, adresse).

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**) - Veuillez cocher la variante qui convient ci-dessous **a remplir uniquement en cas d'autorité parentale conjointe**):

☐ Ich erkläre, dass sich der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil in **Deutschland** befindet und mir eine Vollmacht zur alleinigen Ausübung der elterlichen Sorge erteilt hat, die ich dieser Erklärung beifüge. Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.
- Je déclare que le parent gardien non présent se trouve en **Allemagne** et qu'il m'a donné une procuration pour exercer seul l'autorité parentale, que je joins à la présente déclaration. J'informe immédiatement le service ambulatoire pour réfugiés dès que des changements interviennent.

☐ Ich erkläre, dass sich der nicht anwesende sorgeberechtigte **Elternteil im Ausland befindet bzw. nicht zuverlässig** kontaktierbar ist. Ich bin nachweislich berechtigt, die elterliche Sorge alleine auszuüben und informiere den nicht anwesenden Elternteil regelmäßig telefonisch/ schriftlich über die Behandlungssituation. Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.

- Je déclare que le parent gardien non présent se **trouve à l'étranger ou ne peut pas être contacté de manière fiable**. et qu'il m'a donné une procuration pour exercer seul l'autorité parentale, que je joins à la présente déclaration. J'informe immédiatement le service ambulatoire pour réfugiés dès que des changements interviennent.

☐ Ich erkläre, dass der nicht anwesende sorgeberechtigte Elternteil **tatsächlich verhindert** ist, die elterliche Sorge auszuüben und er nicht in der Lage ist, mündliche, schriftliche oder sonstige Anweisungen zu erteilen (§ 1678 Abs. 1 BGB). Ich teile der Flüchtlingsambulanz umgehend mit, sobald sich Änderungen ergeben.

- Je déclare que le parent gardien non présent **est effectivement empêché** et qu'il m'a donné une procuration pour exercer seul l'autorité parentale, que je joins à la présente déclaration. J'informe immédiatement le service ambulatoire pour réfugiés dès que des changements interviennent.

2. Behandlungseinwilligung - Consentement au traitement

- ☐ Ich wünsche eine psychiatrisch-psychosoziale Diagnostik und ggf. eine psychotherapeutische Behandlung meines Kindes in der Flüchtlingsambulanz der Ambulanzzentrum des UKE GmbH und erkläre, dass ich berechtigt bin, in diese Behandlung meines Kindes alleine einzuwilligen sowie die für die Behandlung benötigten Dokumente (Behandlungseinwilligungen, Behandlungsverträge, datenschutzrechtliche Einwilligungen etc.) alleine zu unterschreiben und, sofern ein gemeinsames Sorgerecht besteht, ich dies mit Einverständnis bzw. in (gesetzlicher) Vertretung des anderen sorgeberechtigten Elternteils tue.

– Je souhaite que mon enfant bénéficie d'un diagnostic psychiatrique et psychosociale et, le cas échéant, d'un traitement psychothérapeutique dans le service ambulatoire pour réfugiés de l'ambulance de UKE gmbH, et je déclare que je suis autorisé(e) à consentir seul(e) à ce traitement pour mon enfant, ainsi que de signer seul(e) les documents nécessaires au traitement (consentements au traitement, contrats de traitement, consentements relatifs à la protection des données, etc.) et, s'il existe un droit de garde conjoint, je le fais avec l'accord ou en tant que représentant(e) (légal(e)) de l'autre parent ayant la garde.

Datum/Unterschrift des anwesenden, sorgeberechtigten Elternteils

- Date/Signature du parent présent

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung - Procuration pour les décisions concernant un traitement psychiatrique/psychothérapeutique pour enfants et adolescents

Für eine kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung ist die Einwilligung beider sorgeberechtigten Elternteile erforderlich. Bei gemeinsam sorgeberechtigten, getrenntlebenden Elternteilen ist häufig jedoch nur die Erreichbarkeit eines Elternteils gesichert. Um in einem solchen Fall dennoch eine kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung zu ermöglichen, kann ein sorgeberechtigter Elternteil bevollmächtigt werden, den anderen mit ihm gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil bei Entscheidungen betreffend die Aufnahme und der Durchführung einer solchen Behandlung zu vertreten. Sofern Sie in der beschriebenen Situation eine Vertretung durch den mit Ihnen gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil wünschen, besteht für Sie die Möglichkeit, die vorliegende Vollmacht zu erteilen.

- Pour un traitement psychiatrique et/ou psychothérapeutique d'enfants et d'adolescents, le consentement des deux parents ayant l'autorité parentale est nécessaire. Or, dans le cas de parents séparés ayant une autorité parentale conjointe, il est fréquent que seul l'un d'entre eux soit joignable. Afin de permettre dans ce cas un traitement psychiatrique et/ou psychothérapeutique pour enfants et adolescents, l'un des parents ayant la garde peut être autorisé à représenter l'autre parent ayant la garde conjointe pour les décisions concernant l'admission et la mise en œuvre d'un tel traitement. Si, dans la situation décrite, vous souhaitez être représenté par le parent qui a la garde conjointe, vous avez la possibilité d'établir la présente procuration:

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil)
- Par la présente, j'autorise (le parent qui n'est pas présent):

Name - Nom: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
Date de naissance/Lieu de naissance: _____

Anschrift- Adresse: _____

Telefonnummer - Numéro de téléphone: _____

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil
(anwesender Elternteil) - en tant que parent ayant la garde conjointe, le parent ayant la garde con-
jointe avec moi (parent présent),

Name - Nom: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
Date de naissance/Lieu de naissance: _____

Anschrift- Adresse: _____

Telefonnummer - Numéro de téléphone: _____

mich in Entscheidungen betreffend die kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder-
und jugendpsychotherapeutische Behandlung meines Kindes
- de me guider dans les décisions concernant le traitement pédopsychiatrique et/ou psycho-
thérapeutique de mon enfant:

bis auf Widerruf zu vertreten

- de représenter jusqu'à révocation.

Diese Vollmacht umfasst sowohl die Entscheidung zur Aufnahme einer kinder- und jugendpsychiatri-
schen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung meines Kindes, als auch diesbe-
zügliche Behandlungsentscheidungen, die im Verlauf der kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder
kinder- und jugendpsychotherapeutischen Therapie zu treffen sind. Mir ist bekannt, dass ich ungeachtet
der Bevollmächtigung jederzeit das Recht habe, mich über die Behandlung meines Kindes zu informie-
ren und die erteilte Vollmacht zu widerrufen.

Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift sofort wirksam.

- Cette procuration comprend aussi bien la décision d'entamer un traitement pédopsychiatrique et/ou
psychothérapeutique de mon enfant que les décisions de traitement y afférentes à prendre au cours de
la thérapie pédopsychiatrique et/ou psychothérapeutique de l'enfant et de l'adolescent. Je suis
conscient(e) que, nonobstant la procuration, j'ai le droit de m'informer à tout moment sur le traitement
de mon enfant et de révoquer la procuration accordée.

Cette procuration prend effet immédiatement avec ma signature.

Ort und Datum - Lieu et date

Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)
Signature du parent non présent (mandant)