

Flüchtlingsambulanz

Anmeldeformular russisch

Форма регистрации в амбулатории для беженцев

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 - Имя, фамилия пациента/пациентки.

2. Geburtsdatum - Дата рождения:

3. Geschlecht (m/w/d) - Пол (м/ж/иной):

4. Aktuelle Adresse der Patientin/des Patienten - актуальный адрес пациента/пациентки:

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.
- Просим поставить нас в известность в случае изменения адреса и/или номера телефона.

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o. ä., bei Eltern, eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung)
- Название места проживания и адрес («Fördern und Wohnen» и т. п., проживание с родителями / собственная жилая площадь / отель / учреждение первичной помощи/квартира для молодежи под присмотром):

6. Geburtsland/Herkunftsland - Страна рождения/страна происхождения:

7. Staatsangehörigkeit - Гражданство:

8. Sprache - Язык:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - Причина обращения в амбулаторию/симптомы:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben

- Несовершеннолетние братья и сестры, которым также необходима помощь:

11. Mit Eltern oder unbegleitet - С родителями или без сопровождения:

12. Name des Vormundes - имя, фамилия опекуна:

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

- Просим заранее прислать нам документ о назначении опекуном и доверенность опекуна (по электронной почте или факсу).

13a. Krankenversicherung - Название страховой медицинской организации:

13b. Versichertennummer - Номер медицинской страховки:

Sollte keine Karte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax). - Если у вас нет страховой карты, просим заранее предоставить страховой сертификат (по электронной почте или факсу).

14. Seit wann in Deutschland - Когда вы приехали в Германию:

15. Aufenthaltsstatus - Статус пребывания:

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)
 Слушание уже состоялось: да нет (просим обвести применимое)

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung - Уже проходите психологическое, психотерапевтическое и/или психиатрическое лечение в другом месте:

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem - Если да, то где, когда и у кого:

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o. ä.)
 - Номер телефона, имя и адрес электронной почты звонящего (воспитателя, опекуна, учителя и т. д.):

Kontaktdaten - Контактные данные

Patient:in - Пациент/Пациентка:

Vor- und Nachname - Имя, фамилия:

Telefonnummer - Номер телефона:

E-Mail-Adresse - Адрес электронной почты:

Vormund - Опекун:

Vor- und Nachname - Имя, фамилия:

Telefonnummer - Номер телефона:

E-Mail-Adresse - Адрес электронной почты:

Betreuer:in/Familienhilfe - Воспитатель:

Vor- und Nachname - Имя, фамилия:

Telefonnummer - Номер телефона:

E-Mail-Adresse - Адрес электронной почты:

Eltern - Родители:

Mutter – Мать:

Vor- und Nachname
- Имя, фамилия:

Telefonnummer - Номер телефона:

Anschrift - Адрес:

E-Mail-Adresse

- Адрес электронной почты:

Vater- Отец:

Vor- und Nachname
- Имя, фамилия:

Telefonnummer - Номер телефона:

Anschrift - Адрес:

E-Mail-Adresse - Adresse e-mail:

- Адрес электронной почты:

Geschwister - Братья и сестры:

Vor- und Nachname - Имя, фамилия:

Schule - Школа:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - Название школы/адрес и номер телефона:

E-Mail-Adresse - Адрес электронной почты:

Name der Klassenlehrkraft - Имя, фамилия классного руководителя / руководительницы:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft - При необходимости контактные данные учителя / учительниц:

Hausärztliche/kinderärztliche Praxis - Семейный врач/Педиатр:

Vor- und Nachname - Имя, фамилия:

Adresse - Адрес:

Telefonnummer - Номер телефона:

E-Mail-Adresse - Адрес электронной почты:

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung Заявление об опеке и согласии на лечение

1. Erklärung zum Sorgerecht - Заявление об опеке

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen

- Пожалуйста, отметьте и заполните соответствующий пункт ниже:

☐ Alleiniges Sorgerecht - Единоличная опека

Hiermit versichere ich - Настоящим я подтверждаю

(Vor- und Nachname des allein sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse)
dass ich das Sorgerecht für das Kind - (имя и
фамилия родителя, осуществляющего единоличную опеку над ребенком, дата рождения, адрес),

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (имя и фамилия, дата рождения, адрес).

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

Примечание: Совместная опека на странице 2

☐ Gemeinsames Sorgerecht - Совместная опека

Hiermit versichere ich - Настоящим я подтверждаю

(Vor- und Nachname des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind - (имя и фамилия родителя, не присутствующего родителя-опекуна, дата рождения, адрес или, если применимо, место жительства неизвестно или без определенного места жительства) имею право опеки над ребенком:

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (имя и фамилия, дата рождения, адрес).

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**) - Пожалуйста, отметьте соответствующий пункт ниже (заполняется только в случае совместной опеки):

☐ 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.
- Я заявляю, что родитель-опекун, который не присутствует, находится в Германии и уполномочил меня осуществлять единоличную родительскую опеку, которую я прилагаю к настоящему заявлению. О любых изменениях я немедленно сообщу в поликлинику для беженцев.

☐ 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.
- Я заявляю, что родитель-опекун, который не присутствует, находится за границей или с ним невозможно надежно связаться. Я обладаю достаточными полномочиями для осуществления родительской опеки в одиночку и буду регулярно информировать отсутствующего родителя по телефону/письменно о ситуации с лечением. Я буду немедленно информировать амбулаторию для беженцев о любых изменениях.

☐ 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.
- Я заявляю, что родитель-опекун, который не присутствует, фактически не может осуществлять родительскую заботу и не в состоянии давать устные, письменные или иные указания (§ 1678 (1) BGB). Я буду информировать амбулаторию для беженцев, как только произойдут какие-либо изменения.

2. Behandlungseinwilligung - Согласие на лечение

- ☐ 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.

– Я желаю пройти психиатрическую и психосоциальную диагностику и, при необходимости, психотерапевтическое лечение моего ребенка в амбулатории для беженцев Амбулаторного центра UKE GmbH и заявляю, что я уполномочен единолично давать согласие на такое лечение моего ребенка и единолично подписывать документы, необходимые для лечения (согласие на лечение, договор на лечение, согласие на защиту данных и т.д.), а при совместной опеке я делаю это с согласия или в (законном) представительстве другого родителя, имеющего опекунство.

Datum/Unterschrift des anwesenden, sorgeberechtigten Elternteils

- Дата/подпись присутствующего родителя-опекуна

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung - Доверенность на принятие решений относительно психиатрического и/или психотерапевтического лечения детей и подростков

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.

- Для психиатрического и/или психотерапевтического лечения детей и подростков требуется согласие обоих родителей, имеющих право опеки. Однако, в случае с родителями, имеющими совместное право опеки, но проживающими отдельно, часто бывает, что связь с одним из родителей отсутствует. Чтобы в таком случае все же было возможно психиатрическое и/или психотерапевтическое лечение, один из родителей, имеющих право опеки, может быть уполномочен представлять другого родителя при принятии решений, касающихся начала и проведения такого лечения. Если вы находитесь в подобной ситуации и хотите, чтобы вас представлял родитель, с которым у вас совместное право опеки, вы можете выдать данную доверенность:

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil)

- Настоящим я уполномочиваю (не присутствующего родителя)

Name - ФИО: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
-Дата и место рождения: _____

Anschrift - Адрес: _____

Telefonnummer - Телефон: _____

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil (anwesender Elternteil) - как совместно опекуна, представлять меня в вопросах, касающихся психиатрического и/или психотерапевтического лечения моего ребенка:

Name - ФИО: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
- Дата и место рождения: _____

Anschrift- Адрес: _____

Telefonnummer - Телефон: _____

mich in Entscheidungen betreffend die kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutische Behandlung meines Kindes
- как совместно опекуна, представлять меня в вопросах, касающихся психиатрического и/или психотерапевтического лечения моего ребенка:

_____ bis auf Widerruf zu vertreten

_____ - до отмены этой доверенности

Diese Vollmacht umfasst sowohl die Entscheidung zur Aufnahme einer kinder- und jugendpsychiatrischen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung meines Kindes, als auch diesbezügliche 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 informieren und die erteilte Vollmacht zu widerrufen.

Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift sofort wirksam.

- Эта доверенность включает в себя как решение о начале психиатрического и/или психотерапевтического лечения моего ребенка, так и решения, касающиеся лечения, которые должны быть приняты в процессе психиатрической и/или психотерапевтической терапии. Мне известно, что я, несмотря на предоставление доверенности, в любое время имею право получать информацию о лечении моего ребенка и отозвать данную доверенность.

Эта доверенность вступает в силу немедленно с момента моей подписи.

Ort und Datum - Место и дата

Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)
Подпись не присутствующего родителя-опекуна (доверителя)