

Flüchtlingsambulanz

Anmeldeformular türkisch Mülteci Poliklinik kayıt formu

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 - Hastanın ismi:

2. Geburtsdatum - Doğum tarihi:

3. Geschlecht (m/w/d) - Cinsiyet (e/k/d):

4. Aktuelle Adresse der Patientin/des Patienten - Hastanın adresi:

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.
- Adres veya telefon numarası değişirse lütfen bize bildirin.

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o. ä., bei Eltern, eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung)
- Tesisin adı ve adresi (Konut konaklama/Birincil bakım tesisi/gözetimli genclik dairesi/kendine ait yaşam alanı):

6. Geburtsland/Herkunftsland - Doğduğu ülke/menşe ülke:

7. Staatsangehörigkeit - Vatandaşlık:

8. Sprache - Dil:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - Başvuru nedeni/semptomlar:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben - İhtiyacı olan reşit olmayan kardeşler:

11. Mit Eltern oder unbegleitet - Ebeveynli ya da refakatsız:

12. Name des Vormundes - Vasinin iletişim bilgileri/adı:

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

- Lütfen randevuyu ve velinin vekaletnamesini önceden bize gönderin (e-posta veya faks yoluyla).

13a. Krankenversicherung - Hangi sağlık sigortası:

13b. Versichertennummer - Sigorta numarası:

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

- Sigorta kartı yoksa sigorta tarafından çıkarılan bir belgeye önceden ihtiyacımız var (e-posta veya faks yoluyla).

14. Seit wann in Deutschland - Almanya'da bulunma süresi:

15. Aufenthaltsstatus - İkamet durumu:

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)
Duruşma gerçekleşti: evet hayır (lütfen geçerli olanları daire içine alın)

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer
Behandlung - Halihazırda başka bir yerde psikolojik, psikoterapötik ve /veya psikiyatrik tedavi
görüyor olmak:

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem - Evet ise, nerede, ne zaman, kimde:

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o. ä.)
- Arayan kişinin telefon numarası, ismi ve maili (danışman, vasi, öğretmen vb.):

Kontaktdaten - İletişim Bilgileri

Patient:in - Hasta/Hastasi:

Vor- und Nachname - İsim ve soyisim:

Telefonnummer - Telefon numarası:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Vormund - Yasal koruyucu:

Vor- und Nachname - İsim ve soyisim:

Telefonnummer - Telefon numarası:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Betreuer:in/Familienhilfe - Danışman/ Aile desteği:

Vor- und Nachname - İsim ve soyisim:

Telefonnummer - Telefon numarası:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Eltern - Veliler:

Mutter - Anne:

Vor- und Nachname
- İsim ve soyisim:

Telefonnummer - Telefon numarası:

Anschrift - Adres:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Vater- Baba:

Vor- und Nachname
- İsim ve soyisim:

Telefonnummer - Telefon numarası:

Anschrift - Adres:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Geschwister - kardeşler:

Vor- und Nachname - İsim ve soyisim:

Schule - Okul:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - Okulun ismi/adresi ve telefon numarası:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Name der Klassenlehrkraft - Sınıf öğretmenin ismi:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft - Gerekirse öğretmenin iletişim bilgileri:

Hausärztliche/kinderärztliche Praxis - Aile hekimi/çocuk doktoru:

Vor- und Nachname - İsim ve soyisim:

Adresse - Adres:

Telefonnummer - telefon numarası:

E-Mail-Adresse - E-Mail adresi:

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung Velayet ve Tedavi Onayı Beyanı

1. Erklärung zum Sorgerecht - Velayet Beyanı

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen

- Lütfen aşağıdaki uygun seçeneği işaretleyip doldurunuz:

☐ Alleiniges Sorgerecht - Tek Başına Velayet

Hiermit versichere ich - İşbu ben,

(Vor- und Nachname des allein sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse)

dass ich das Sorgerecht für das Kind - (Tek başına velayat sahibi ebeveynin Adı ve Soyadı, Doğum tarihi ve Adresi),

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (Adı ve Soyadı, Doğum tarihi, Adresi), velayatinin bana ait olduğunu beyan ediyorum.

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

Not: Ortak velayat sayfa 2'de

☐ Gemeinsames Sorgerecht - Ortak Velayet Hakkı

Hiermit versichere ich - İşbu ben

(Vor- und Nachname des **nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils**, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind - (**Hazır bulunmayan velayet hakkı olan velinin** Adı ve Soyadı, Doğum tarihi ve Adresi hatta eğer bilinmeyen ikametgah veya ikametgahsız olma) ile birlikte çocuğun

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehave - (Adı ve Soyadı, Doğum tarihi ve Adresi), ortak velayet hakkına sahip olduğumuzu beyan ederim.

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**) - Lütfe aşağıdaki uygun seçeneği işaretleyin (**sadece ortak velayet hakkı varsa doldurulmalıdır**):

☐ 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. - Burada hazır bulunmayan velayet sahibi ebeveyn **Almanya'da** olduğunu ve bana bu beyannameye eklediğim velayet sorumluluğunu tek başına yerine getirmem için bir vekaletname verdiğini beyan ederim. Değişiklikler olduğunda, mülteci polikliniğine (Flüchtlingsambulanz) derhal bildireceğim.

☐ 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. - Burada hazır bulunmayan velayet sahibi ebeveynin **yurtdışında bulunduğunu veya güvenilir bir şekilde iletişime geçilemediğini** beyan ederim. Ebeveyn sorumluluğunu tek başıma yerine getirmeye ve burada bulunmayan ebeveyni düzenli bir şekilde telefonla veya yazılı olarak, tedavi durumu hakkında bilgilendirme hakkına sahibim. Değişiklikler olduğunda, mülteci polikliniğine (Flüchtlingsambulanz) derhal bildireceğim.

☐ 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. - Mevcut olmayan velayet sahibi ebeveynin fiili olarak velayet görevini yerine getiremediğini ve sözlü, yazılı veya başka türlü talimatlar veremeyecek durumda olduğunu beyan ederim (§ 1678 Abs. 1 BGB). Değişiklik olması durumunda mülteci polikliniğini derhal bilgilendireceğim.“.

2. Behandlungseinwilligung - Tedavi onayı

- ☐ 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.

– Çocuğum için Eppendorf Üniversite Hastanesinin (UKE GmbH) Mülteci Polikliniğinde (Flüchtlingsambulanz) psikiyatrik-psikososyal teşhis ve gerekirse psikoterapötik tedavi talep ediyorum ve bu tedaviye tek başıma onay verme yetkisine sahip olduğumu, tedavi için gerekli belgeleri (tedavi onay belgeleri, tedavi sözleşmeleri, veri koruma onayları) tek başıma imzalama hakkım olduğunu, ortak velayet olması durumunda bunu diğer ebeveynin rızasıyla veya onu temsilen yaptığımı beyan ederim.

Datum/Unterschrift des anwesenden, sorgeberechtigten Elternteils

- Tarih/Hazır bulunan velayet sahibi ebeveynin imzası

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung - Çocuk ve ergen psikiyatrik/psikoterapötik tedaviye ilişkin kararlar için vekaletname

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.

- Bir çocuk ve ergen psikiyatrik ve/veya çocuk ve ergen psikoterapötik tedavisi için her iki velayet hakkına sahip ebeveynin rızası gereklidir. Velayeti paylaşan, ayrı yaşayan ebeveynler söz konusu olduğunda ise genellikle sadece bir ebeveynin ulaşılabilirliği sağlanabilmelidir. Böyle bir durumda, çocuk ve ergen psikiyatrik ve/veya çocuk ve ergen psikoterapötik tedavi yapılabilmesi için, velayet hakkına sahip ebeveynlerden biri, tedavinin başlatılması ve yürütülmesi ile ilgili kararlar konusunda diğer ebeveyni temsil etmek üzere yetkilendirilebilir.

Eğer tanımlanan durumda, velayeti birlikte paylaştığınız ebeveyn tarafından temsil edilmek istiyorsanız, mevcut vekaletnameyi verebilirsiniz:

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil)
- İşbu yazıyla ben (hazır bulunmayan ebeveyn),

Name - Adı ve Soyadı: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
Doğum tarihi/Doğum yeri: _____

Anschrift- Adres: _____

Telefonnummer - Telefon numarası: _____

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil
(anwesender Elternteil) - velayet hakkına sahip ebeveyn olarak, diğer birlikte velayet hakkına sahip
ebeveyni (hazır bulunan ebeveyn),

Name - Adı ve Soyadı: _____

Geburtsdatum/Geburtsort
Doğum tarihi/Doğum yeri: _____

Anschrift- Adres: _____

Telefonnummer - Telefon numarası: _____

mich in Entscheidungen betreffend die kinder- und jugendpsychiatrische und/oder kinder-
und jugendpsychotherapeutische Behandlung meines Kindes:

_____ bis auf Widerruf zu vertreten

beni, çocuğumun _____ çocuk ve ergen psikiyatrik
ve/veya çocuk ve ergen psikoterapötik tedavisiyle ilgili kararlarda, bu vekalet iptal edilene kadar,
temsil etmesi için yetkilendiriyorum.

Diese Vollmacht umfasst sowohl die Entscheidung zur Aufnahme einer kinder- und jugendpsychi-
atrischen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung meines Kindes, als
auch diesbezügliche Behandlungsentscheidungen, die im Verlauf der kinder- und jugendpsychi-
atrischen und/oder kinder- und jugendpsychotherapeutischen Therapie zu treffen sind. Mir ist
bekannt, dass ich ungeachtet der Bevollmächtigung jederzeit das Recht habe, mich über die Be-
handlung meines Kindes zu informieren und die erteilte Vollmacht zu widerrufen.

Diese Vollmacht wird mit meiner Unterschrift sofort wirksam.

- Bu vekalet, hem çocuğumun çocuk ve ergen psikiyatrik ve/veya çocuk ve ergen psikoterapötik
tedaviye alınması kararını hem de çocuk ve ergen psikiyatrik ve/veya çocuk ve ergen psikoterapö-
tik terapi sürecinde alınması gereken tedavi kararlarını kapsamaktadır.

Yetkilendirmeye rağmen, çocuğumun tedavisi hakkında bilgi alma ve verilen vekaleti iptal etme
hakkımın her zaman saklı olduğunu biliyorum.

Verdiğim vekaletle rağmen, çocuğumun tedavisi hakkında dilediğim zaman bilgi edinebilir ve ve-
kaleti feshedebilirim. Bu vekaletname, imzadığım tarihten geçerlilik kazanır.

Ort und Datum - Yer ve Tarih

Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)
Hazır bulunmayan ebeveynin imzası (Vekaletnameyi)