

Flüchtlingsambulanz

Anmeldeformular arabisch

استمارة تسجيل - قسم اللاجئين

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 - اسم المريض أو المريضة

2. Geburtsdatum - تاريخ الميلاد

3. Geschlecht (m/w/d) - جنس المريض

4. Aktuelle Adresse der Patientin/des Patienten - عنوان السكن الحالي

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.

في حال تغير العنوان أو رقم الهاتف نرجو إعلامنا بذلك -

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o. ä., bei Eltern, eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung)

اسم وعنوان مركز الرعاية -

6. Geburtsland/Herkunftsland - مكان الولادة/البلد المنشأ

7. Staatsangehörigkeit - الجنسية

8. Sprache - اللغة

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - سبب المراجعة/الأعراض

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben

في حال وجود إخوة وأخوات قصر بحاجة للمراجعة أو العلاج يرجى ذكر أسمائهم وأعمارهم

11. Mit Eltern oder unbegleitet - هل المراجعة برفقة الأهل أو بدون

12. Name des Vormundes - اسم الوصي القانوني وبيانات لتواصل معه

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

يرجى إرسال وكالة الوصي القانونية قبل المراجعة عبر البريد الإلكتروني أو جهاز الفاكس

13a. Krankenversicherung - اسم التأمين الصحي

13b. Versichertennummer - رقم التأمين الصحي الخاص بالمراجع

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

في حال عدم وجود بطاقة تأمين صحي يرجى إحضار إعلام من التأمين الصحي تؤكد وجوده. بالإمكان إرسال الإعلام عبر البريد الإلكتروني أو جهاز الفاكس

14. Seit wann in Deutschland - ما مدى مدة الإقامة في ألمانيا

15. Aufenthaltsstatus - نوع الإقامة

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)
لا أم نعم هل أجريت مقابلة اللجوء؟

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer Behandlung - هل المريض المراجع في علاج نفسي حاليا

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem - في حال وجود علاج نفسي حالي يرجى ذكر اسم المعالج ومكان عمله والفترة العلاجية

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o. ä.)
اسم ورقم من قام بتسجيل المريض (مربي وصي قانوني معلم... إلخ)

Kontaktdaten - بيانات للتواصل

Patient:in - المريض / المريضة

Vor- und Nachname - الاسم الأول واسم العائلة

Telefonnummer - رقم الهاتف

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

Vormund - الوصي القانوني

Vor- und Nachname - الاسم الأول واسم العائلة

Telefonnummer - رقم الهاتف

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

Betreuer:in/Familienhilfe - المرئي / مساعد العائلة

Vor- und Nachname - الاسم الأول واسم العائلة

Telefonnummer - رقم الهاتف

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

Eltern - الوالدان

Mutter - الأم

Vater- الأب

Vor- und Nachname

Vor- und Nachname

الاسم الأول واسم العائلة

الاسم الأول واسم العائلة

Telefonnummer - رقم الهاتف

Telefonnummer - رقم الهاتف

Anschrift - العنوان

Anschrift - العنوان

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

Geschwister - الإخوة والأخوات

Vor- und Nachname - الاسم الأول واسم العائلة

Schule - المدرسة

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - اسم المدرسة والعنوان ورقم الهاتف

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني الخاص بالمدرسة

Name der Klassenlehrkraft - اسم مربي أو مربية الصف

Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft - بيانات المعلم أو المعلمة إن وجدت

Hausärztliche/kinderärztliche Praxis - طبيب الأسرة وطبيب الأطفال ان وجد

Vor- und Nachname - الاسم الأول واسم العائلة

Adresse - العنوان

Telefonnummer - رقم الهاتف

E-Mail-Adresse - البريد الإلكتروني

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung

إعلام بخصوص حق الحضانة والموافقة على العلاج

1. Erklärung zum Sorgerecht - حق الحضانة

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen

الرجاء اختيار أحد الحالتين التاليتين وتعبئة المعلومات المتعلقة

☐ Alleiniges Sorgerecht -

حق حضانة فردي (في حال امتلاك أحد الوالدين فقط لحق حضانة الأطفال)

Hiermit versichere ich - أنا الموقع أدناه -

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

dass ich das Sorgerecht für das Kind -

(الاسم الأول واسم العائلة, تاريخ الميلاد والعنوان لأحد الوالدين المتمتع بحق الحضانة بشكل فردي)

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (الاسم الأول واسم العائلة, تاريخ الميلاد وعنوان الطفل)

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

ملاحظة: حق الحضانة المشترك موجود على الصفحة 2

☐ Gemeinsames Sorgerecht - (كلا الوالدين) حق الحضانة المشترك

Hiermit versichere ich - أنا الموقع أدناه -

(Vor- und Nachname des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind - الاسم الأول واسم العائلة لأحد الوالدين المتمتع بحق الحضانة والغير حاضراً حالياً تاريخ الميلاد والعنوان. الرجاء إعلامنا الطرف في حال عدم معرفة مكان الحالي لإقامة الطرف الآخر) أقر وأؤكد امتلاك حق حضانة الطفل المذكور أدناه بشكل مشترك مع الآخر المذكور أعلاه

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe (تاريخ الميلاد وعنوان الطفل) - (الاسم الأول واسم العائلة)

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**) - الرجاء اختيار الوضع الراهن (فقط في حالة حط الحضانة للمشارك) -

☐ 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. أنا أؤكد بأن الطرف الآخر من الوالدين والمتمتع بحق الحضانة والغير حاضراً الآن يتواجد في ألمانيا وأعطاني وكالة خاصة بالتصرف بهذا الحق بصورة منفردة. هذه الوكالة سيتم إرفاقها بهذا الإعلام. وأؤكد أيضاً بأنني سأعلم قسم اللاجئين هذا فوراً في حال طرأ أي تغيير.

☐ 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.

أنا أؤكد بأن الطرف الآخر من الوالدين والمتمتع بحق الحضانة والغير حاضراً الآن يتواجد الآن خارج البلاد أو لا توجد إمكانية في التواصل معه. أنا مخول بشكل موثوق بالتصرف بحق الحضانة بشكل فردي، علماً بأنني أعلم وأوافي الطرف الآخر من الوالدين بالمستجدات المتعلقة بالعلاج بشكل دوري عن طريق الهاتف أو الرسائل المكتوبة. أؤكد بأنني سأعلم قسم اللاجئين هذا فوراً في حال طرأ أي تغيير.

☐ 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.

أنا أؤكد بأن الطرف الآخر من الوالدين والمتمتع بحق الحضانة والغير حاضراً الآن غير متمكن حقاً من تأدية حق الحضانة وهو ليس قادر على إعطاء الإرشادات بشكل شفوي أو كتابي أو بأي طريقة أخرى (مادة 1678 فرع 1 من القانون الألماني). وأؤكد بأنني سأعلم قسم اللاجئين هذا فوراً في حال طرأ أي تغيير.

الموافقة على العلاج - 2.Behandlungseinwilligung

- ☐ 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.

أنا أطلب في تقديم العلاج اللازم لطيفي (رعاية نفسية ومجتمعية بما في ذلك التشخيص أو العلاج النفسي) من قبل مركز اللاجئين في مستشفى هامبورغ الجامعي. أنا أؤكد أنني مخول بالمصادقة على علاج طفلنا والتوقيع على كل الاستمارات والأوراق اللازمة لوحدي - وهذا مع تفويض وعلم الطرف الآخر من الوالدين

Datum/Unterschrift des anwesenden, sorgeberechtigten Elternteils

التاريخ وتوقيع الطرف الحاضر من الوالدين والمتمتع بحق الحضانة

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung

وكالة خاصة متعلقة بقرارات العلاج النفسي للطفل

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.

من أجل تقديم العلاج النفسي للطفل يتوجب على كلا الأبوين المتمتعين بحق حضانة الطفل الموافقة على تقديم هذا العلاج له. في حالات حق الحضانة المشترك لوالدين يعيشان لأي سبب كان في أماكن (بلدان) مختلفة يتعذر الوصول لأحد الوالدين يكون أحدهما فقط متاح بشكل دائم ومؤكد. ومن أجل تسهيل وتمكين العلاج النفسي للأطفال، يستطيع أحد الوالدين توكيل الطرف الآخر باتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج النفسي من حيث البدء به والإجراءات والحيثيات المتغيرة في خضم هذا العلاج.

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil)

أنا الموقع أدناه (الطرف الغير حاضر)

Name - الاسم

Geburtsdatum/Geburtsort

تاريخ ومكان الولادة

Anschrift- العنوان

Telefonnummer - رقم الهاتف

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil (anwesender Elternteil)

أوكل كأحد الوالدين المتمتع بحق حضانة الأطفال الطرف الآخر (الحاضر) والمتمتع أيضا بحق الحضانة هو الآخر

Name - الاسم

Geburtsdatum/Geburtsort

تاريخ ومكان الولادة

Anschrift- عنوان

Telefonnummer - رقم الهاتف

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

_____ bis auf Widerruf zu vertreten.

أوكله أن ينوب عني باتخاذ القرارات المتعلقة بالعلاج النفسي لطفلي المذكور أعلاه حتى إلغاء هذه الوكالة

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.

هذه الوكالة تتضمن جميع القرارات المتعلقة بالعلاج النفسي من حيث البدء به وكل القرارات الأخرى التي يتوجب أخذها خلال فترة هذا العلاج.

أنا على علم بأنني بعيدا عن هذه الوكالة يحق لي الاستعلام والسؤال عن علاج طفلي في أي وقت أرغب. وأنا أعلم أيضا بإمكانية إلغاء هذه الوكالة في أي وقت أرغب. تعد هذه الوكالة فاعلة حال توقيعها.

Ort und Datum - المكان والتاريخ

Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)
توقيع الطرف الموكل (الغير حاضر)