

Flüchtlingsambulanz

Anmeldeformular Farsi/Dari

فرم ثبت نام - کلینیک پناهجویان

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

۱. Name der Patientin/des Patienten - نام مراجع

۲. Geburtsdatum - تاریخ تولد

۳. Geschlecht (m/w/d) - جنسیت

۴. Aktuelle Adresse der Patientin/des Patienten - آدرس فعلی مراجع

Sollte sich die Adresse und/oder die Telefonnummer ändern, bitten wir Sie, uns darüber zu informieren.
در صورت تغییر آدرس یا شماره تماس، لطفاً به ما اطلاع دهید -

5. Name der Einrichtung und Adresse (Fördern und Wohnen o. ä., bei Eltern, eigener Wohnraum/Wohnunterkunft/Erstversorgungseinrichtung/betreute Jugendwohnung)
۵. نام و آدرس محل سکونت (برای مثال همراه با خانواده، محل سکونت شخصی، مرکز مسکن موقت، خانه - موارد مشابه)

۶. Geburtsland/Herkunftsland - کشور محل تولد

7. Staatsangehörigkeit - ملیت - ۷

8. Sprache - زبان - ۸

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - دلیل مراجعه/علائم - ۹

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben –

۱۰. نام خواهر یا برادر زیر سن قانونی، در صورتی که آنها هم نیاز به مراجعه دارند

11. Mit Eltern oder unbegleitet - به همراه والدین و یا بدون همراه؟ - ۱۱

12. Name des Vormundes - اسم و اطلاعات تماس سرپرست قانونی - ۱۲

Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax). لطفاً اجازه ی سرپرست را به ما از پیش ارسال کنید (از طریق ایمیل یا فکس) -

13a. Krankenversicherung - ۱۳ الف) نام بیمه - 13a. Krankenversicherung

13b. Versichertennummer - ۱۳ ب) شماره ی بیمه - 13b. Versichertennummer

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

در صورتی که کارت بیمه ندارید، از پیش فرستادن یک مدرک یا گواهی در مورد بیمه ی شما لازم می باشد (از طریق - ایمیل یا فکس)

14. Seit wann in Deutschland - ۱۴ از چه تاریخی در آلمان هستید؟ - 14. Seit wann in Deutschland

۱۵. Aufenthaltsstatus - وضعیت اقامت

16. Anhörung bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen)
 ۱۶. آیا مصاحبه ی اقامت برگزار شده است؟ بلی خیر (لطفا گزینه ی صحیح را علامت بزنید)

17a. Bereits anderweitig in psychologischer, psychotherapeutischer und/oder psychiatrischer
 ۱۷ الف) آیا شما در مرکز روانشناسی یا روان درمانی دیگری تحت درمان هستید؟ - Behandlung

17b. Wenn ja, wo, wann und bei wem - ۱۷ ب) اگر بلی، لطفاً نام آن را بنویسید

18. Telefonnummer, Name und Mail des Anrufenden (Betreuer:in, Vormund, Lehrkraft o. ä.)
 ۱۸. نام، آدرس و شماره تماس فرد تماس گیرنده (سرپرست، قیم، معلم، مربی و غیره) -

Kontaktdaten - اطلاعات تماس

Patient:in - بیمار:

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی

Telefonnummer - شماره تلفن

E-Mail-Adresse - آدرس ایمیل

Vormund - قیم

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی

Telefonnummer - شماره تلفن

E-Mail-Adresse - آدرس ایمیل

Betreuer:in/Familienhilfe - سرپرست /مددکار اجتماعی خانواده

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی

Telefonnummer - شماره تلفن

E-Mail-Adresse - آدرس ایمیل

Eltern - والدین

Mutter - مادر

Vater - پدر

Vor- und Nachname

- نام و نام خانوادگی

Vor- und Nachname

- نام و نام خانوادگی

Telefonnummer - شماره تلفن

Telefonnummer - شماره تلفن

Anschrift - آدرس

Anschrift - آدرس

E-Mail-Adresse - آدرس ایمیل

E-Mail-Adresse - آدرس ایمیل

Geschwister - خواهر و برادر

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی

مکتب / مدرسه - Schule

نام مکتب / ادرس و شماره تلفن - Name der Schule/Adresse und Telefonnummer

آدرس ایمیل - E-Mail-Adresse

نام معلم صنف / کلاس - Name der Klassenlehrkraft

در صورت لزوم، اطلاعات تماس معلم - Ggf. Kontaktdaten der Lehrkraft

دکتر خانواده / دکتر اطفال - Hausärztliche/kinderärztliche Praxis

نام و نام خانوادگی - Vor- und Nachname

آدرس - Adresse

شماره تلفن - Telefonnummer

آدرس ایمیل - E-Mail-Adresse

Erklärung zum Sorgerecht und Behandlungseinwilligung

توضیح در مورد حضانت و رضایت برای معالجه

۱. Erklärung zum Sorgerecht - حضانت در مورد حضانت

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen und ausfüllen

لطفاً گزینه صحیح را علامت بزنید و فرم را پر کنید -

☐ Alleiniges Sorgerecht - (حضانت تنهایی)

Hiermit versichere ich - بدین وسیله تصدیق می کنم -

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

دارای می باشم (نام و نام خانوادگی والد دارای حق حضانت حاضر، تاریخ تولد، آدرس) -
 حق حضانت برای طفل

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehave - (نام و نام خانوادگی طفل، تاریخ تولد، آدرس)

Hinweis: Gemeinsames Sorgerecht auf Seite 2

تذکر: حضانت مشترک در صفحه ۲

☐ Gemeinsames Sorgerecht - حضانت مشترک

Hiermit versichere ich - بدین وسیله تصدیق می کنم -

(Vor- und Nachname des nicht anwesenden sorgeberechtigten Elternteils, Geburtsdatum, Adresse bzw. ggf. Aufenthaltsort unbekannt oder ohne festen Wohnsitz) das Sorgerecht für das Kind

(نام و نام خانوادگی والد دارای حق حضانت غایب، تاریخ تولد، آدرس یا در صورت نامعلوم بودن محل اقامت، یا "بدون محل -

سکونت ثابت")

حق حضانت فرزند زیر را دارم:

(Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Adresse), innehabe - (نام و نام خانوادگی طفل، تاریخ تولد، آدرس) -

Bitte nachfolgend die zutreffende Variante ankreuzen (**nur bei gemeinsamem Sorgerecht auszufüllen**):
لطفاً گزینه صحیح را علامت بزنید (**فقط در صورت داشتن حضانت مشترک تکمیل شود**):

☐ 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. **تأیید می کنم که والد غایب در آلمان حضور دارد و به من وکالت داده است تا به طور انحصاری حضانت فرزند را بر عهده بگیرم. این وکالت نامه را به این اظهارنامه پیوست می کنم و متعهد می شوم که در صورت ایجاد تغییرات، بلافاصله مرکز درمانی پناهندگان را مطلع سازم.**

☐ 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. **تأیید می کنم که والد غایب در خارج از کشور است یا امکان تماس قابل اعتمادی با او وجود ندارد. من به طور قانونی مجاز به اعمال حضانت انحصاری هستم و به طور منظم از طریق تلفن یا مکاتبه، والد غایب را در جریان وضعیت درمانی فرزند قرار می دهم. در صورت ایجاد تغییرات، بلافاصله مرکز درمانی پناهندگان را مطلع خواهم کرد.**

☐ 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.

تأیید می کنم که والد غایب عملاً قادر به اعمال حق حضانت نیست و امکان ارائه دستور شفاهی، کتبی یا سایر راههای ارتباطی را ندارد (§ 1678 Abs. 1 BGB). در صورت ایجاد تغییرات، بلافاصله مرکز درمانی پناهندگان را مطلع خواهم کرد.

2. رضایت برای معالجه - 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. من خواهان انجام ارزیابی روانپزشکی و روانی-اجتماعی و در صورت نیاز، درمان روان درمانی فرزندم در مرکز درمانی پناهندگان هستم و تأیید می‌کنم که مجاز به تصمیم‌گیری انفرادی در خصوص معالجه طفل ام بوده و اسناد Ambulanzzentrum des UKE GmbH بوده و اسناد لازم برای درمان (رضایت‌نامه درمانی، قراردادهای درمان، مجوزهای حفاظت از داده‌ها و غیره) را به‌تنهایی امضا می‌کنم. در صورت وجود حضانت مشترک، این کار را با رضایت یا به نمایندگی قانونی از طرف والد دیگر انجام می‌دهم.

Datum/Unterschrift des anwesenden, sorgeberechtigten Elternteils

تاریخ / امضای والد دارای حق حضانت حاضر

Vollmacht für Entscheidungen hinsichtlich einer kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Behandlung وکالت‌نامه برای تصمیم‌گیری‌های مربوط به معالجه روانپزشکی و روان درمانی طفل و نوجوان

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.

برای درمان روانپزشکی و/یا روان درمانی طفل و نوجوان، رضایت هر دو والد دارای حق حضانت الزامی است. در مواردی که والدین دارای حضانت مشترک اما جدا از هم زندگی می‌کنند، اغلب تنها امکان دسترسی به یکی از والدین وجود دارد. برای امکان پذیر ساختن معالجه روانپزشکی و/یا روان درمانی طفل و نوجوان در چنین شرایطی، یکی از والدین دارای حق حضانت می‌تواند والد دیگر را جهت تصمیم‌گیری در خصوص آغاز و ادامه این درمان نمایندگی کند. چنانچه مایل باشید که والد دارای حق حضانت حاضر به‌عنوان نماینده شما در این زمینه عمل کند، می‌توانید این وکالت‌نامه را تکمیل کنید:

Hiermit bevollmächtige ich (nicht anwesender Elternteil)

بدین وسیله من، (والد غایب)،

Name – نام

Geburtsdatum/Geburtsort

تاریخ و محل تولد

Anschrift-درس

Telefonnummer - شماره تلفن

als gemeinsam sorgeberechtigter Elternteil, den mit mir gemeinsam sorgeberechtigten Elternteil (anwesender Elternteil) به‌عنوان والد دارای حضانت مشترک، والد دارای حضانت حاضر (نام والد حاضر)،

Name – نام

Geburtsdatum/Geburtsort

تاریخ و محل تولد

Anschrift- ادرس

Telefonnummer - شماره تلفن

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

را برای تصمیم‌گیری در خصوص درمان روان‌پزشکی و/یا روان‌درمانی فرزندم:

bis auf Widerruf zu vertreten

تا اطلاع ثانوی نمایندگی می‌کنم.-

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.

این وکالت‌نامه شامل تصمیم‌گیری برای آغاز معالجه روان‌پزشکی و/یا روان‌درمانی فرزندم و همچنین تصمیمات معالجویی مرتبط در طول روند معالجه است.

من آگاه هستم که علیرغم اعطای این وکالت، همواره حق دارم در مورد روند درمان فرزندم اطلاعات کسب کنم و این وکالت‌نامه را لغو کنم. این وکالت‌نامه با امضای من فوراً معتبر خواهد بود.

Ort und Datum - محل و تاریخ

Unterschrift des nicht anwesenden Elternteils (Vollmachtgeber)
امضای والد غایب (وکالت‌دهنده)