

Anmeldeformular Flüchtlingsambulanz/Arabisch

اللاجئين قسم – تسجيل استمارة

Telefon: +49 (0) 40 4719308-0
Fax: +49 (0) 40 4719308-15
fluechtlingsambulanz@uke.de
www.uke.de/mvz/fluechtlingsambulanz

1. Name der Patient:in, des Patienten - المريض اسم:

2. Geboren am - الميلاد تاريخ:

3. Geschlecht (m/w/d) - المريض جنس:

4. Aktuelle Anschrift der Patient:in, des Patienten - المريض سكن عنوان:

5. Ggf. Adresse der Wohneinrichtung oder von Angehörigen außerhalb des eigenen Haushalts
(Fördern und Wohnen, Wohnunterkunft ähnliches) - الرعاية مركز عنوان و اسم:

6. Geburtsland/Herkunftsland - المنشأ البلد – الولادة مكان:

7. Staatsangehörigkeit - الجنسية :

8. Sprache - اللغة:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - الأعراس / المراجعة سبب -

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben - يرجى للمراجعة بحاجة قصّر اخوات و اخوان وجود حال في -
أعمارهم و اسماءهم ذكر:

11. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen? Mit Eltern/Familie oder unbegleitet (Zutreffendes bitte einkreisen) - بدون؟ او الاهل برفقة المراجعة هل -

12. Kontaktdaten/Name des Vormundes - معه لتواصل بيانات و القانوني الوصي اسم -

Bitte schicken Sie uns die Bestellung und die Vollmacht des Vormundes im Voraus (gern per Mail oder Fax)
يرجى ارسال وكالة الوصي القانونية قبل المراجعة عبر البريد الإلكتروني او جهاز الفاكس.

13a. Krankenversicherung - الصحي التأمين اسم -

13b. Versichertennummer - بالمريض الخاص الصحي التأمين رقم -

Sollte keine Versichertenkarte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung im Voraus (gern per Mail oder Fax) - تأكد الصحي التأمين في حال عدم وجود بطاقة تأمين صحي يرجى إحضار اعلام من -
 الفاكس جهاز او الإلكتروني البريد عبر الإعلام ارسال بالإمكان وجوده:

14. Seit wann sind Sie in Deutschland? (Bitte Datum angeben) - ألمانيا في الإقامة مدة مدى -

15. Aufenthaltsstatus - الإقامة نوع -

16. Anhörung hat bereits stattgefunden: ja nein (bitte Zutreffendes einkreisen) –

لا ام نعم اللجوء؟ مقابلة أجريت هل

17a. Ich bin bereits anderweitig in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung (bitte Namen eintragen) - حالياً؟ نفسي علاج في المراجعة المريض هل -

17b. Falls ja, seit wann und bei wem (bitte Anschrift eintragen) - اسم ذكر يرجى حالياً نفسي علاج وجود حال في -
 : العلاجية الفترة و عمله مكان و المعالج

18. Telefonnummer, Name und Mailadresse der Anrufer:in/des Anrufers (Betreuer:in, Betreuer, Vormund, Lehrer:in, Lehrer o.ä.) - (الخ ..معلم ،قانوني وصي ،مربي) المريض بتسجيل قام من رقم و اسم -

Vollmacht über Angelegenheiten der elterlichen Sorge - الحضانة حق بخصوص وكالة

Ich, (Elternteil, welches nicht anwesend sein kann) - انا (الحضور بإمكانه ليس الوالدين؛الذي احد) ...:

Name - الاسم	Anschrift - العنوان	Telefon - الهاتف رقم

...bin Mitinhaber(in) der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder - ... المذكورة الأطفال حضانة بحق المتمتع ...
أدناه اسماءهم:

Name - الاسم	Geburtsdatum - الميلاد تاريخ	Anschrift - العنوان
1.)		
2.)		
3.)		

Ich bevollmächtige hiermit das begleitende Elternteil - انا ... للطفل المصاحب الوالدين من الآخر الطرف اوكل انا

Name - الاسم	Anschrift - العنوان	Telefon - الهاتف رقم

...mich in folgenden Angelegenheiten der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder rechtlich zu vertreten und auch sonst im Rahmen dieser Aufgaben in meinem Namen zu handeln (gilt, sofern angekreuzt, Nichtzutreffendes streichen) - المذكورين الاطفال بخصوص خاصة او عامة بوكالة قانونياً عني ينوب بأن ... : أدناه حدد ما حسب اعلاه

- ☐ alle Angelegenheiten - وكالة - بالطفل يتعلق ما بكل عامة وكالة
- ☐ Gesundheitsfürsorge - وكالة - الصحية بالأمور متعلقة خاصة وكالة

Datum und Unterschrift nicht begleitendes Elternteil
الموكل الطرف توقيع و التاريخ

Unterschrift begleitendes Elternteil
للطفل المصاحب و له الموكل الطرف توقيع

Patient:in/Patient - المريض:

Vor- und Nachname- العائلة اسم و الشخصي الاسم :

Telefonnummer - الهاتف رقم :

Mailadresse - الإللكتروني البريد :

Vormund - القانوني الوصي:

Vor- und Nachname - العائلة اسم و الشخصي الاسم :

Telefonnummer - الهاتف رقم :

Mailadresse - الإللكتروني البريد :

Betreuer:in/Betreuer/Familienhilfe - العائلة مساعد او المربي:

Vor- und Nachname - العائلة اسم و الشخصي الاسم :

Telefonnummer - الهاتف رقم :

Mailadresse - الإللكتروني البريد :

Eltern - الوالدين:

Mutter - الأم

Vor- und Nachname - الاسم:

Vater - الأب

Vor- und Nachname - الاسم:

Telefonnummer - الهاتف رقم:

Telefonnummer - الهاتف رقم:

Anschrift - العنوان:

Anschrift - العنوان:

Mailadresse - الإلكتروني البريد:

Mailadresse - الإلكتروني البريد:

Geschwister - الاخوان:

Vor- und Nachname - الأسماء:

Schule - المدرسة:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - الهاتف رقم و العنوان، المدرسة اسم:

Mailadresse - الإلكتروني البريد:

Name der Klassenlehrer:in/des Klassenlehrers - الصف مربية او مربّي اسم:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrer:in/des Lehrers - وجدت ان المعلمة او المعلم بيانات:

الأطفال طبيب أو الأسرة طبيب - Hausärztliche oder kinderärztliche Praxis:

الاسم - Vor- und Nachname:

العنوان - Adresse:

الهاتف رقم - Telefonnummer:

الإلكتروني البريد - Mailadresse: