

Anmeldeformular Flüchtlingsambulanz/Farsi

پناهجویان کلینیک – نام ثبت فرم

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 - مراجع نام:

2. Geboren am - تولد تاریخ:

3. Geschlecht (m/w/d) - جنسیت:

4. Aktuelle Anschrift der Patient:in, des Patienten - بیمار فعلی آدرس:

5. Ggf. Adresse der Wohneinrichtung oder von Angehörigen außerhalb des eigenen Haushalts
(Fördern und Wohnen, Wohnunterkunft ähnliches) - امکان صورت در - دیگر اقامت محل یا و زندگی محل آدرس، امکان صورت در -
(مشابه موارد یا جوانان خانه، خانمانان بی از حمایت مرکز، موقت مسکن مرکز مثال برای) کنونی اقامت از بیرون اقوام

6. Geburtsland/Herkunftsland - تولد محل کشور:

7. Staatsangehörigkeit - ملیت:

8. Sprache - زبان:

9. Vorstellungsgrund/Symptomatik - علائم/مراجعه دلیل:

10. Minderjährige Geschwister, die auch Bedarf haben - هم آنها که صورتی در، قانونی سن زیر برادر یا خواهر نام - : دارند مراجعه به نیاز

11. Wie sind Sie nach Deutschland gekommen? Mit Eltern/Familie oder unbegleitet (Zutreffendes bitte einkreisen) - (بکشید دایره درست ی گزینه دور) تنهایی؟ به یا و والدین همراه به آمدید؟ آلمان به چطور () -

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

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

13a. Krankenversicherung - بیمه نام:

13b. Versichertennummer - بیمه ی شماره:

Sollte keine Versichertenkarte vorhanden sein, benötigen wir eine Bescheinigung über die Versicherung
 im Voraus (gern per Mail oder Fax) - بیمه ی شما لازم می باشد (از طریق ایمیل یا فکس) در صورتی که کارت بیمه
 ندارید، از پیش فرستادن یک مدرک یا گواهی در مورد

14. Seit wann sind Sie in Deutschland? (Bitte Datum angeben) - هستید؟ آلمان در تاریخی چه از -

15. Aufenthaltsstatus - اقامت وضعیت:

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

17a. Ich bin bereits anderweitig in psychologischer oder psychotherapeutischer Behandlung (bitte
 Namen eintragen) - (بنویسید را آن نام لطفاً) هستم درمان در دیگری درمانی روان یا روانشناسی مرکز در من -

17b. Falls ja, seit wann und bei wem (bitte Anschrift eintragen) - و نام لطفاً فردی؟ چه با و زمانی چه از ، بلی اگر -
 (بنویسید را آدرس):

18. Telefonnummer, Name und Mailadresse der Anrufer:in/des Anrufers (Betreuer:in, Betreuer, Vormund, Lehrer:in, Lehrer o.ä.) - (غيره و مربی، معلم، قانونی سرپرست) گیرنده تماس فرد تماس شماره و آدرس، نام -

Vollmacht über Angelegenheiten der elterlichen Sorge - مربوط مسائل بر قانونی وکالت - کودکان از مراقبت و نگهداری به

Ich, (Elternteil, welches nicht anwesend sein kann) - (ندارم حضور که والدی) من - ...:

Name - نام	Anschrift - آدرس	Telefon - تلفن

...bin Mitinhaber(in) der elterlichen Sorge für das Kind/die Kinder - هستم کودکان/کودک حضانت شریک ...

Name - نام	Geburtsdatum - تولد تاریخ	Anschrift - آدرس
1.)		
2.)		
3.)		

Ich bevollmächtige hiermit das begleitende Elternteil - ...: دهم می اختیار همراه والد به وکالت این با من -

Name - نام	Anschrift - آدرس	Telefon - تلفن

...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) - بگیرد برعهده کودکان/کودک برای زیر موارد در را من قانونی نمایندگی که ... را غیرمرتبط موارد ، بود خواهد صادق شده زده علامت موارد در) نماید اقدام من از نیابت به وظایف این ی محدوده در همچنین و (پزنید خط):

- ☐ alle Angelegenheiten - موارد تمام
- ☐ Gesundheitsfürsorge - سلامت از مراقبت

Datum und Unterschrift nicht begleitendes Elternteil
والد غیر همراه امضا و تاریخ

Unterschrift begleitendes Elternteil
امضای والد همراه

Patient:in/Patient - مراجع:

Vor- und Nachname - خانوادگی نام و نام:

Telefonnummer - تماس شماره:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

Vormund - قانونی سرپریت:

Vor- und Nachname - خانوادگی نام و نام:

Telefonnummer - تماس شماره:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

Betreuer:in/Betreuer/Familienhilfe - خانواده همراه یا مربی:

Vor- und Nachname - خانوادگی نام و نام:

Telefonnummer - تماس شماره:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

والدين - Eltern:

Mutter - مادر

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی:

Vater - پدر

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی:

Telefonnummer - تماس شماره:

Telefonnummer - تماس شماره:

Anschrift - محل آدرس - زندگی:

Anschrift - محل آدرس - زندگی:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

برادران و خواهر - Geschwister:

Vor- und Nachname - نام و نام خانوادگی:

مدرسه - Schule:

Name der Schule/Adresse und Telefonnummer - نام و تماس شماره، نام مدرسه آدرس:

Mailadresse - ایمیل آدرس:

Name der Klassenlehrer:in/des Klassenlehrers - کلاس اصلی معلم نام:

Ggf. Kontaktdaten der Lehrer:in/des Lehrers - مدرسه معلم از دیگر تماس اطلاعات:

Hausärztliche oder kinderärztliche Praxis - کودک پزشک یا و خانواده پزشک -

Vor- und Nachname - خانوادگی نام و نام -

Adresse - آدرس -

Telefonnummer - تماس شماره -

Mailadresse - ایمیل آدرس -