PRAXIS ASKLEPIION
SALAH Bsat und sein Team,
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Hohenzollerndamm 47A (Ärztehaus)
10713 Berlin
Tel: 030/86307270
Fax: 030/86307271
E-Mail: praxis@asklepiion.de

يرجى ملء النموذج باللغة الألمانية

Schweigepflichtsentbindung الإفراج عن السرية

Ich bin / Wir sind damit einverstanden, dass Sie für meinen/ unseren Sohn meine / unsere Tochter **أنا اوافق/نحن نوافق انه فيما يخص ابني/ ابننا / ابنتي/ ابنتنا**

Name, Vorname, Geburtsdatum des Kindes اسم العائلة والاسم الأول وتاريخ ميلاد الطفل

telefonischen / schriftlichen Kontakt zur / zum **على أنه يمكنكم الاتصال عبر الهاتف أو كتابيًا**

Kindertagesstätte:بمركز الرعاية النهارية رقم الهاتف:.Tel

Schule / Schulpsychologischer Dienst / Hort:بالمدرسة / خدمة الاستشارة النفسية في المدرسة / نادي ما بعد المدرسة رقم الهاتف:.Tel

Einrichtung: بمركز المعيشة رقم الهاتف:.Tel

Allgemeiner sozialpäd. Dienst / Jugendamt / Familienhelfe:بخدمة الاستشارة الاجتماعية التربوية / مكتب رعاية الشباب / مساعدة الأسرة رقم الهاتف:.Tel

Arzt /Ärztin / Krankenhaus: بالطبيب / الطبيبة /المستشفى رقم الهاتف:.Tel

Therapeuten:بالمعالجون رقم الهاتف:.Tel

Mutter/Vater/Tante/Onkel/Oma/Opa/Partner/Lebensgefährte: بالام / الأب / العمة / العم / الجدة / الجد / الشريك / الرفيق

aufnehmen dürfen, um ärztlich / psychologische Befunde zu erfragen/ anzufordern oder weitere Maßnahmen und Therapievorschläge zu besprechen / schriftlich weiterzuleiten.

وذلك من اجل طلب نتائج طبية / نفسية أو مناقشة المزيد من التدابير والاقتراحات العلاجية او إعادة توجيهها كتابيا.

Datum: _____التاريخ

Unterschrift Kindesmutter: توقيع والدة الطفل _____ Name in Druckbuchstaben: الاسم بأحرف كبيرة _____

Unterschrift Kindesvater: توقيع والد الطفل _____ Name in Druckbuchstaben: الاسم بأحرف كبيرة _____

Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: _____ Name in Druckbuchstaben: الاسم بأحرف كبيرة _____
توقيع المريض ابتداء من 18 سنة

Unterschrift des Vormundes:توقيع الوصي _____ Name in Druckbuchstaben:الاسم بأحرف كبيرة _____

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion