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

Stammdaten
البيانات الأساسية

Angaben zum Patienten
معلومات عن الطفل/المراهق

Name, Vorname: ..... اسم العائلة ،الاسم الاول:

Geburtsdatum: ..... تاريخ الولادة:

Adresse/ Postleitzahl: ..... العنوان / الرمز البريدي:

Mobil: ..... رقم الهاتف الجوال:

E-Mail: ..... البريد إلكتروني:

Geburtsort: ..... مكان الولادة:

Staatsangehörigkeit: ..... الجنسية:

Klasse Schulart/ Beruf: ..... نوع المدرسة / المهنة:

Förderstatus/I-Status/Nachteilsausgleich?: ..... الوضع الدراسي: وضع خاص / وضع اندماج/ وضع تعويض النقص؟

Krankenkasse: ..... التأمين الصحي:

Hobbys: ..... الهوايات:

Name des Hauptversicherten: ..... اسم العائلة والاسم الأول لصاحب التأمين الرئيسي:

Geburtsdatum des Hauptversicherten: ..... تاريخ ميلاد صاحب التأمين الرئيسي:

Sorgerecht liegt bei: حق الحضانة يختص بكل من	Kindeseltern الآباء	Kindesmutter والدة الطفل	Kindesvater والد الطفل	Vormund الوصي
Bei wem lebt das Kind? مع من يعيش الطفل؟	Kindeseltern الآباء	Kindesmutter والدة الطفل	Kindesvater والد الطفل	Einrichtung مؤسسة

Angaben zur Kindesmutter
معلومات عن والدة الطفل

Name, Vorname: ..... اسم العائلة ،الاسم الاول:

Geburtsdatum: ..... تاريخ الولادة:

Adresse/ Postleitzahl: ..... العنوان / الرمز البريدي:
(wenn von der Adresse des Kindes abweichend) (إذا كان مختلفًا عن عنوان الطفل)

Mobil: ..... رقم الهاتف الجوال:

E-Mail: ..... البريد إلكتروني:

Beruf: ..... المهنة:

Familienstand: الوضع العائلي	متزوجة verheiratet	منفصلة عن الزوج getrennt	عزباء ledig	شراكة Partnerschaft	مطلقة geschieden	أرملة verwitwet

Angaben zum Kindesvater **معلومات عن والد الطفل**

Name, Vorname: ……..……اسم العائلة ،الاسم الاول:

Geburtsdatum: ……..تاريخ الولادة:

Adresse/ Postleitzahl: ……العنوان / الرمز البريدي:
(wen von der Adresse des Kindes abweichend) (إذا كان مختلفًا عن عنوان الطفل)

Mobil: ……..رقم الهاتف الجوال:

E-Mail: ……البريد إلكتروني:

Beruf: ……..المهنة:

Familienstand متزوج **منفصل عن الزوجة** **اعزب** **عيش مُشترك** مطلقة أرم ل

الوضع العائلي verheiratet getrennt ledig Partnerschaft geschieden verwitwet

---

Angaben zu Geschwistern **معلومات عن الأشقاء**

Name, Vorname: …… اسم العائلة ،الاسم الاول:

Gebutsdatum**:** ……..تاريخ الولادة:

Geschlecht: **الجنس** ☐ **ذكر** männlich ☐ **أنثى** weiblich

Pflegekinder /**أطفال بالرعاية** Stiefgeschwister/ **أشقاءغير بيولوجيون** Halb /**نصف أشقاء** leiblich / **أشقاء بيولوجيون**

Name, Vorname: ……اسم العائلة ،الاسم الاول:

Gebutsdatum**:** …… تاريخ الولادة:

Geschlecht: ☐ **ذكر** männlich ☐ **أنثى** weiblich

Pflegekinder /**أطفال بالرعاية** Stiefgeschwister/ **أشقاءغيربيولوجيون** Halb /**نصف أشقاء** leiblich / **أشقاء بيولوجيون**

Sollte der Patient nicht zu Hause wohnen **إذا كان الطفل/المراهق لا يعيش في المنزل**

Name und Adresse der Einrichtung: ……اسم المؤسسة وعنوانها:

……

Tel. Einrichtung: ……رقم هاتف المؤسسة:

E-Mail: ……..البريد إلكتروني:

Fax: ……..الفاكس:

Name und Tel. BetreuerIn: ……اسم ورقم هاتف المشرف:

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: توقيع المريض ابتداء من 18 سنة : Name in Druckbuchstaben: الاسم بأحرف كبيرة:

_____ _____

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

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion