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

1. Datenschutz und Zusatzvereinbarung

Hiermit möchten wir Sie darauf aufmerksam machen, dass jeder, der mit der Behandlung in der Praxis einverstanden ist, sich auch mit der Datenschutz und Zusatzvereinbarung einverstanden erklärt. Diese finden Sie als Aushang in der Praxis sowie auf unserer Homepage unter www.Asklepiion.de

1. حماية بيانات واتفاقية اضافية

نود أن نلفت انتباهكم إلى أن الموافقة على تلقي العلاج في العيادة تعني الموافقة أيضًا على حماية البيانات والاتفاقية الاضافية. يمكنكم العثورعلى هذه المعلومات في العيادة او على موقعنا www.Asklepiion.de

---

2. Behandlungseinverständniserklärung

Hiermit bin ich / sind wir mit der kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Behandlung meines / unseren Kindes in der o.g. Praxis einverstanden.

---------- ----------

Name, Vorname
اسم العائلة ،الاسم الاول

Geburtsdatum des Patienten
تاريخ ميلاد الطفل /المراهق

2. اعلان الموافقة على العلاج

أنا أوافق/ نحن نوافق بموجب هذا الاعلان على التشخيص والعلاج النفسي للأطفال والمراهقين لطفلي/ لطفلنا في العيادة المذكورة أعلاه.

---

3. Information

Laut neuer Richtlinien von Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung dürfen im Rahmen der Kinderund jugendpsychiatrischen Behandlung/Betreuung keine Doppeluntersuchungen, bzw. keine parallelen Behandlungen erfolgen.Dies bedeutet für Sie, dass Sie uns schriftlich versichern müssen, dass Ihr Kind zur Zeit in keiner anderen kinder- und jugendpsychiatrischen Institution betreut wird.

Erklärung

Hiermit versichern wir, dass unser Kind nicht zeitgleich in einer anderen Institution, wie z.B. in einem SPZ oder einer anderen Kinder- und jugendpsychiatrische Praxis behandelt bzw. diagnostiziert wird.

3. معلومات

وفقًا لإرشادات جديدة من شركات التأمين الصحي ورابطة أطباء التأمين الصحي القانوني ، لا يجوز إجراء فحوصات مزدوجة أو علاجات موازية في إطار العلاج / الرعاية النفسية للأطفال والمراهقين.
بالنسبة لكم ، هذا يعني أنه يجب أن تؤكدوا لنا كتابيًا أن طفلكم/ طفلتكم لا يخضع/ لا تخضع للرعاية حاليًا في أي مؤسسة أخرى للأمراض النفسية للأطفال والمراهقين.

توضيح

نؤكد بموجب هذا البيان أن طفلنا/طفلتنا لا يتم علاجه/علاجها أو تشخيصه/ تشخيصها في نفس الوقت في مؤسسة أخرى، على سبيل المثال في مركز SPZ أو عيادة طب نفسي للأطفال والمراهقين.

---

4. Honorarausfallvereinbarung

Das Praxisteam ist berechtigt, alle reservierten Stunden, die vom Patienten oder dessen Sorgeberechtigten nicht **mindestens 48 Stunden** im Voraus abgesagt wurden , **unabhängig vom Grund der Verhinderung**, privat dem Patienten bzw. seinem Sorgeberechtigten als Ausfallhonorare in Rechnung zu stellen.

Weder die gesetzliche noch die private Krankenversicherung übernehmen diesen Honorarausfall.
Mithin zu entrichten sind als **Honorarausfall**: 40 €

4. اتفاقية دفع الرسوم

يحق لفريق العيادة إصدار فاتورة خاصة لمتلقي / متلقية العلاج أو ولي أمره/ امرها كرسوم لجميع الساعات المحجوزة التي لم يتم إلغاؤها من قبل متلقي / متلقية العلاج أو ولي أمره/ امرها **قبل 48 ساعة على الأقل ، بغض النظر عن السبب**.

لا يغطي التأمين الصحي القانوني ولا الخاص خسارة الرسوم هذه وبالتالي ، يجب على متلقي / متلقية العلاج أو ولي أمره/ امرها **دفع الرسوم التالية**: 40 يورو

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion

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

5. Einwilligungen

- Einwilligung zur **Sendung von SMS** zur Terminerinnerung Ja **O** Nein **O** Kindesmutter O / Kindesvater O
- الموافقة على استلام رسائل تذكير بالمواعيد عبر رسائل SMS نعم O Ja لا O Nein والدة الطفل O Kindesmutter أو O Kindesvater والد الطفل

(Ausschließlich für Termine bei unseren psychologischen Mitarbeiterinnen). (فقط للمواعيد مع طاقم العلاج النفسي).

- Einwilligung zum **Austausch per Mail** Ja O Nein O Kindesmutter O / Kindesvater O
- الموافقة على التواصل عبر البريد الالكتروني نعم O Ja لا O Nein والدة الطفل O Kindesmutter أو O Kindesvater والد الطفل

Einwilligung zum **Austausch per Telefon** Ja O نعم Nein O لا Kindesmutter O / Kindesvater O
- الموافقة على التواصل عبر الهاتف نعم O Ja لا O Nein الطفل والدة الطفل O Kindesmutter أو O Kindesvater والد الطفل

- Einwilligung zum **Austausch per Videochat** Ja O نعم Nein O لا **(Nur in seltener Ausnahme)**
-الموافقة على التبادل عبر دردشة الفيديو **(في استثناءات نادرة فقط)**

Die Videosprechstunde findet zwischen **Praxis Asklepiion** und dem **Patienten** statt.

Aufklärung: Die Teilnahme an Videosprechstunden ist grundsätzlich freiwillig. Die Praxis arbeitet mit einem von der kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zertifizierten Anbieter zusammen, der eine sichere Ende-zu-Ende Verschlüsselung vorhält. Der Videodienst Anbieter kann die Inhalte des Prozesses nicht einsehen und nicht speichern. Für eine vertrauensvolle Behandlung, Gewährleistung des Datenschutzes und Wahrung der Patientenrechte findet die Videosprechstunde in geschlossenen Räumen statt. Beide Teilnehmer sorgen für einen störungsfreien Verlauf und stellen sicher, dass niemand mithören kann. Aufzeichnungen jeglicher Art von Videobehandlungen ist weder von Ihnen, vom Therapeuten oder Anderen erlaubt. Für die Videobehandlung brauchen Sie einen PC/ Tablet/ Laptop mit einem aktuellen Betriebssystem und entsprechender aktueller Virensoftware, sowie eine entsprechende aktualisierte Firewall im Router Ihrer Telefonanlage. Zu Beginn der Videosprechstunde erfolgt eine kurze Vorstellung und eine mündliche Aufklärung. Sie können dann etwaige Fragen noch klären.

تتم الاستشارة عبر الفيديو بين **Praxis Asklepiion** والطفل/المراهق و/أو الاهل /اولياء الامر .
إفصاح: المشاركة في الاستشارات عبر الفيديو طوعية بشكل عام
تعمل العيادة بالتعاون مع مزود معتمد من نقابة الأطباء الإلزامية من أجل علاج موثوق، وضمان حماية البيانات وحفظ حقوق المرضى، تُعقد استشارة الفيديو في أماكن مغلقة. يضمن كلا المشاركين سير العملية بدون انقطاعات ويتأكدان من عدم قدرة أي شخص آخر على الاستماع. يُحظر تسجيل أي نوع من أنواع العلاجات عبر الفيديو سواء من قبلكم أو من قِبل المعالج أو أي شخص آخر. تحتاجون إلى جهاز كمبيوتر/تابلت/لابتوب بنظام تشغيل حديث وبرامج مضادة للفيروسات محدثة، بالإضافة إلى جدار حماية محدث في جهاز التوجيه الخاص بنظام الهاتف. في بداية استشارة الفيديو، يتم تقديم عرض قصير وتوضيح شفهي. يمكنكم بعد ذلك توضيح أي أسئلة قد تكون لديكم

Bei Änderungen, bitten wir Sie, uns umgehend zu informieren.

Ich bin / Wir sind über alle oben genannten Punkten 1,2,3,4 und 5 in Kenntnis gesetzt worden und erklären uns damit einverstanden.

إذا كان هناك أي تغيير، يرجى إبلاغنا على الفور

لقد تم إبلاغي / ابلاغنا بالموافقة على جميع النقاط المذكورة أعلاه 1 ، 2 ، 3 ، 4 و 5

Datum / التاريخ:_____

_____	_____
Unterschrift Kindesmutter: توقيع والدة الطفل	Name in Druckbuchstaben: اسم والدة الطفل بأحرف كبيرة
_____	_____
Unterschrift Kindesvater: توقيع والد الطفل	Name in Druckbuchstaben: اسم والدة الطفل بأحرف كبيرة
_____	_____
Unterschrift Patient ab Volljährigkeit: توقيع المريض ابتداء من 18 سنة	Name in Druckbuchstaben: اسم والدة الطفل بأحرف كبيرة
_____	_____
Unterschrift des Vormundes: توقيع الوصي	Name in Druckbuchstaben: اسم والدة الطفل بأحرف كبيرة

Mit freundlichen Grüßen
S. Bsat / Praxis Asklepiion