**Inschrijfformulier nieuwe patiënt أستمارة تسجيل عميل جديد.**

**Persoonsgegevens معلومات شخصية.**

|  |  |
| --- | --- |
| Voorletter(s) en achternaam  (kinderen tot 16 jaar: roepnaam) | **الاحرف الأولى واللقب (الكنيه).**  **الأطفال حتى عمر 16سنه الاسم الأول.** |
| Geslacht الجنس. | Man / Vrouw / anders. رجل/ امرأه / جنس اخر. |
| Geboortedatum تاريخ الميلاد. | \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Land van herkomstبلد الأم . . |  |
| Burgerservicenummer (BSN)  الرقم الوطني الهولندي  V-Nummer  رقم غير معروف في هولندا  COA-nummer  رقم اللجوء  Basisregistratie Personen (BRP)  رقم التسجيل الأساسي للشخص  Geen registratienummer  لايوجد رقم تسجيل | * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Geldig identiteitsbewijs  مستمسكات شخصية سارية المفعول.  Paspoort جواز سفر.  Rijbewijs أجازة سياقه.  Identiteitskaart هويه شخصية.  Vreemdelingendocument  مستمسك غير معرف في هولندا  Geen identiteitsbewijs  لايوجد مستمسكات | Nummer: رقم الهويه geldig tot:نافذه لغاية:   * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_      * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Mobiel nummer  رقم الهاتف الجوال. |  |
| E-mailadres  العنوان الالكتروني. |  |
| Huidige adresgegevens  معلومات عنوان الاقامه الحالي.  Adresاسم الشارع.  Postcodeالرمز البريدي.  Woonplaats محل الاقامه (المدينه) |  |
| Naam contactpersoon in Nederland  اسم الشخص الذي يمكن التواصل معه في هولندا. |  |
| Telefoonnummer contactpersoon in Nederland  رقم هاتف الشخص المتواجد في هولندا. |  |
| E-mailadres contactpersoon in Nederland  البريد الالكتروني للشخص المتواجد في هولندا |  |

**Toestemming voor declarerenلموافقة على التصريح..**Geeft u toestemming om uw gegevens te delen om de kosten te kunnen declareren?

هل تسمح لنا باستخدام معلوماتك الشخصيه عندما نقوم باستحصال تكاليف الفحص؟

* Ja نعم
* Nee لا

**Toestemming gegevens uitwisselingنح تخويل تبادل البيانات :**

* De ondergetekende geeft toestemming om medicatiegegevens en/of andere relevante gegegevens over uw gezondheid, zoals laboratoriumgegevens, te delen in het kader van uw behandeling.
* يمنح الموقع ادناه الموافقة بمشاركة بيانات الادويه و/أو البيانات الأخرى ذات الصله حول صحتك مثل البيانات المختبريه في سياق علاجك.
* De ondergetekende geeft geen toestemming om medicatiegegevens en/of andere relevante gegegevens over uw gezondheid, zoals laboratoriumgegevens, te delen in het kader van uw behandeling..
* لا يمنح الموقع ادناه الموافقة بمشاركة بيانات الادويه و/أو البيانات الأخرى ذات الصله حول صحتك مثل البيانات المختبريه في سياق علاجك.

Voor kinderen tot 12, geven de ouders/verzorgers toestemming.

بالنسبه للأطفال لغاية 12 سنه يمنح الموافقه الوالدان أو مقدموا الرعايه بالأذن.

Voor kinderen tussen 12 to 16 geven de kinderen samen met de ouders/verzorgers toestemming

بالنسبه للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-16 سنة يمنح الأطفال الموافقة بالأذن مع الوالدين أو مقدموا الرعايه.

Kinderen boven 16 jaar geven zelf toestemming

الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن 16 سنه يمنحون الموافقه بالأذن بأنفسهم

**Persoonlijke situatie الوضع الشخصي:**

Zijn er persoonlijke omstandigheden, waarmee de apotheek rekening moet houden?

Bijvoorbeeld:

bepaalde ziekten: diabetes, astma/COPD, maagdarmziekten, hart-en vaatziekten, hoge bloeddruk, schildklier, etc.

of: zwangerschap, borstvoeding, kinderwens.

* هل هناك ظروف شخصيه يجب مراعاتها من قبل الصيدلي.على سبيل المثال:بعض الأمراض (السكري. الربو. مرض الانسداد الرئوي الزمن. أمراض الجهاز الهضمي. امراض القلب والاوعيه الدموية. ارتفاع ضغط الدم . الغده الدرقيه) وغيرها من الأمراض
* اوحالات شخصيه مثل( الحمل. الرضاعه الطبيعيه. او الرغبة في الإنجاب )
* Nee. لا
* Ja, zoals: نعم مثل \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wat is uw gewicht?

ماهو وزنك الحالي؟ \_\_\_\_\_\_\_

Wat is uw lengte?

ماهو طولك؟ \_\_\_\_\_\_\_

**Medicijnen: الادويه :**

Gebruikt u medicijnen?

تستخدم أي دواء

* Nee لا
* Ja, welke?: نعم. أي نوع دواء؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u bloedverdunners? (zoals: acetylsalicylzuur, ticagrelor, clopidrogel, DOAC, VKA’s)

هل تستخدم مميع الدم ؟ مثل حامض استيلسالسيلك ، تيكاجرير، كلوبيدروجيل ، كومارين

* Nee لا
* Ja, welke bloedverdunner? نعم أي نوع مميع دم تستخدم؟

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u anticonceptiemiddelen?هل تستخدم وسائل منع الحمل ؟

* Nee لا
* Ja, welke? نعم أي نوع؟ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruikt u medicijnen die u zonder recept kunt kopen bij de drogist of homeopaat?

(Bijvoorbeeld: ibuprofen, Aleve, Sint-Janskruid)

هل تستخدم ادويه يمكنك شراؤها من الصيدليه أو المحلات التي تبيع الادويه بدون وصفة طبيه من الطبيب المختص؟

مثل (بروفين ، آليف ، نبتة سانتجون)

* Nee لا
* Ja, zoals نعم / مثل. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Heeft u allergieën of intoleranties voor bepaalde geneesmiddelen?

هل لديك حساسيه من بعض الادويه أو عدم القدره على تحمل استخدامها؟

* Nee لا
* Ja, allergisch voor: نعم لدي حساسيه من:
* Ja, intolerant voor:نعم لايمكنني تحمل استخدام : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bent u bekend met bepaalde laboratoriumwaarden? Zoals de nierfunctie (eGFR)?

هل انت معروف كحاله مرضيه مختبريه لمرض معين؟ على سبيل المثال امراض وظائف الكلى .

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | waarde أين الالم | Datum أي يوم بدأ |
| Nierfunctie (eGFR)  وظيفة الكلى  Natrium (NA+) نقص الصوديوم  Kalium (K+)نقص البوتاسيوم  Glucose (HBa1c) نقص الكلوكوز  Overig: أمور اخرى\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

**Datum:................. اليوم Naam cliënt: اسم المريض…………………………… Handtekening: التوقيع……………………**