**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 الهولنديV-Nummerرقم غير معروف في هولنداCOA-nummerرقم اللجوءBasisregistratie Personen (BRP)رقم التسجيل الأساسي للشخصGeen registratienummerلايوجد رقم تسجيل | * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |  |
| Geldig identiteitsbewijsمستمسكات شخصية سارية المفعول. Paspoort جواز سفر.Rijbewijs أجازة سياقه.Identiteitskaart هويه شخصية.Vreemdelingendocumentمستمسك غير معرف في هولنداGeen identiteitsbewijsلايوجد مستمسكات |  Nummer: رقم الهويه geldig tot:نافذه لغاية: * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 * \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_
* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_
*
 |
| Mobiel nummer رقم الهاتف الجوال. |  |
| E-mailadresالعنوان الالكتروني. |  |
| Huidige adresgegevensمعلومات عنوان الاقامه الحالي.Adresاسم الشارع.Postcodeالرمز البريدي.Woonplaats محل الاقامه (المدينه)  |  |
| Naam contactpersoon in Nederlandاسم الشخص الذي يمكن التواصل معه في هولندا. |  |
| Telefoonnummer contactpersoon in Nederlandرقم هاتف الشخص المتواجد في هولندا. |  |
| E-mailadres contactpersoon in Nederlandالبريد 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 الكلىNatrium (NA+) نقص الصوديومKalium (K+)نقص البوتاسيومGlucose (HBa1c) نقص الكلوكوز Overig: أمور اخرى\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |

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