

رقم عد الاستكمال! يتم الاستكمال معرفة مكتب الصحة Bitte nicht ausfüllen! Wird vom Gesundheitsamt ausgefüllt		الجهة المبلغة (ختم أو عنوان) Meldende Stelle (Stempel oder Anschrift)
الوقت Uhrzeit	موعد الاختبار Testtermin	

التسجيل للحصول على استشارة خاطب وشخصيات شكالات التخاطب
 يرجى ملء الاستمارة اللغة الألمانية

**Anmeldung zur logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit
 BITTE IN DEUTSCH AUSFÜLLEN**

ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	_____ _____ _____ الحضور اليومي _____ ساعة Tägliche Anwesenheit Stunden	الطفل (اسم العائلة، الاسم الأول) Kind (Name, Vorname) العنوان Anschrift تاريخ الميلاد Geburtsdatum داخل المؤسسة منذ In der Einrichtung seit الاحتكاك اللغة الألمانية منذ Kontakt zur deutschen Sprache seit العيادة الطبية القائمة بالرعاية Betreuende ärztliche Praxis
ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	_____ _____ _____	ولي الأثر 1 (اسم العائلة، الاسم الأول) Elternteil 1 (Name, Vorname) العنوان (في حالة الاختلاف) Anschrift (wenn abweichend) الهاتف Telefon
ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> آخر <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers	_____ _____ _____	ولي الأثر 2 (اسم العائلة، الاسم الأول) Elternteil 2 (Name, Vorname) العنوان (في حالة الاختلاف) Anschrift (wenn abweichend) الهاتف Telefon
اللغة المفضلة لدى الأسرة Von der Familie bevorzugte Sprache	اللغة المفضلة لدى الطفل Vom Kind bevorzugte Sprache	

م فاق بيانات إضافية على قة خاصة نعم

- رجاء تمييز اسم وتاريخ ميلاد الطفل

ja Zusätzliche Angaben liegen auf einem gesonderten Blatt bei
Bitte mit Namen und Geburtsdatum des Kindes Kennzeichen

أرغب في الحصول على استشارة تخاطب وتشخيص مشكلات التخاطب من خلال مكتب الصحة.
الطفل لا ينطبق عليه المادة 53 من القانون SGB XII (طفل /FINK / طفل مدعوم عن طريق الدمج أو خاضع للعلاج).

Ich bitte um logopädische Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit durch das Gesundheitsamt.
Das Kind fällt nicht unter den §53 SGB XII (FINK-Kind/ integrativ oder heilpädagogisch gefördertes Kind).

المكان التاريخ اسم وتوقيع الجهة المبلغة

Name und Unterschrift der **meldenden Stelle** Ort, Datum

طفنا/طفلي لا يخضع لعلاج تخاطب في الوقت الحالي.
أوافق/نوافق على الحصول على استشارة تخاطب وتشخيص مشكلات التخاطب لدى طفلنا/طفلي. لقد اطلعت/اطلعتنا على إشعارات حماية البيانات الصفحة الأخرى. لقد وافقت/وافقنا على تخزين البيانات المتعلقة استشارة التخاطب وتشخيص مشكلات التخاطب.

Unser/mein Kind befindet sich aktuell nicht in logopädischer Behandlung.
Einer logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit unseres/meines Kindes stimme/n wir/ich zu.
Die umseitigen Datenschutzhinweise habe/n ich/wir zur Kenntnis genommen. Mit einer Speicherung der Daten in Zusammenhang mit der logopädischen Beratung und Abklärung einer Sprachauffälligkeit sind wir/bin ich einverstanden.

المكان، التاريخ اسم (أسماء) وتوقيع (توقيعات) أولياء الأ و

Name und Unterschrift(en) der/ des **Erziehungsberechtigten** Ort, Datum

أوافق/نوافق على التباد الفني بين المشاركين (ولي الأمر والطبيب المعالج والمدرس ومكتب الصحة) خصوص النتائج ذات الصلة وإجراءات دعم الطفل.

Einem fachlichen Austausch zwischen den Beteiligten (Erzieher_in, behandelnde_r Arzt_Ärztin, Lehrer_in, Gesundheitsamt) zum erhobenen Befund und zu Unterstützungsmaßnahmen des Kindes stimmen wir/ich zu.

المكان، التاريخ اسم (أسماء) وتوقيع (توقيعات) أولياء الأ و

Name und Unterschrift(en) der/ des **Erziehungsberechtigten** Ort, Datum

المسؤول	
<p>فوض حماية البيانات منطقة مدينة آخن الجهة المختصة بحماية البيانات Zollernstraße 10، 52070 آخن هاتف رقم: 0241 / 5198-1410 البريد الإلكتروني: datenschutz@staedteregion-aachen.de البريد الإلكتروني الألماني: datenschutz@staedteregion-aachen.de-mail.de</p>	<p>اسم وبيانات التواصل الخاصة المسؤولين منطقة مدينة آخن مجلس إدارة مناطق المدينة A 53 - مكتب الصحة Zollernstr. 10، 52070 آخن هاتف رقم: 0241 / 5198-0 البريد الإلكتروني: info@staedteregion-aachen.de</p>
<p>الغرض من معالجة البيانات/اطل المعالجة</p> <p>تتم المهام المنوطة بمكتب الصحة وفق اللوائح والالتزامات القانونية. في إطار تنفيذ المهام، يتم معالجة البيانات الشخصية. ويتم جمع هذه البيانات مباشرة من الأشخاص المعنيين أو إرسالها إلى مكتب الصحة من خلال طرف آخر (الجهة المنفذة للاستبيان، مكاتب التسجيل، منشآت التدريب للمهن الصحية غير المرتبطة بالأطباء) في إطار الأسس القانونية المحددة.</p> <p>ويتم فقط جمع البيانات المطلوبة لإنجاز المهام. بجانب بياناتك الشخصية وبيانات طفلك أو بيانات أي فرد تتولى رعايته بموجب توكيل رعاية/تصريح، تضم هذه البيانات أيضًا بيانات أخرى، حسب السبب والضرورة، مثل بيانات الصحة وبيانات الجنسية وبيانات مسؤولي التواصل (مثلًا عند القيام بمهام تتعلق بقانون الحماية من العدوى). تتم معالجة البيانات على أساس المادة 6، الفقرة 1 من قانون DS-GVO.</p> <p>يتم فقط إرسال البيانات لجهة أخرى في حالة سماح الالتزام القانوني أو الأحكام والأوامر القانونية أو الخاصة بالنيابة العامة أو موافقتك أنت. يستمر تخزين بياناتك بعد جمعها، مع مراعاة فترات الاحتفاظ القانونية، للمدة المطلوبة لإنجاز المهام المعنية.</p>	
<p>ما هي حقوق حماية البيانات المكفولة لك؟</p> <p>اعتبارك الشخص المعني يتم إعلامك بأن الحقوق التالي ذكرها مكفولة لك في حالة استيفاء الاشتراطات القانونية والشخصية:</p> <p>تمتلك حق الاستعلام (المادة 15 من قانون DS-GVO)، حق التصحيح (المادة 16 من قانون DS-GVO)، حق الحذف (المادة 17 من قانون DS-GVO) أو تقييد معالجة البيانات (المادة 18 من قانون DS-GVO)، حق الاعتراض على معالجة البيانات بسبب ظروف خاصة (المادة 21 من قانون DS-GVO)، حق قابلية نقل البيانات (المادة 20 من قانون DS-GVO) وكذلك حق تقديم شكاوى لدى السلطة الرقابية عند حدوث خروقات تخص حماية البيانات (المادة 77 من قانون DS-GVO). في حالة منح موافقة، يحق لك سحب الموافقة (المادة 7، الفقرة 3، المادة 13، الفقرة 2 ج وكذلك المادة 14، الفقرة 2 د).</p> <p>السلطة الرقابية المختصة: المفوض الاتحادي لحماية البيانات وحرية المعلومات ولاية نوردرين-فيستفالن صندوق بريد 20 04 44 40102 دوسيلدورف هاتف: 0211/38424-0 بريد إلكتروني: poststelle@ldi.nrw.de Internet: www.ldi.nrw.de</p>	

تجد المعلومات الخاصة بتخزين ومعالجة البيانات الشخصية وفق القانون DS-GVO أيضًا على صفحة الإنترنت الخاصة بمكتب الصحة

www.staedteregion-aachen.de/gesundheitsamt-datenschutz

أو استخدم كود الاستجابة السريعة QR المصور هنا



**Informationen gemäß Artikeln 13 und 14 Datenschutzgrundverordnung – DS-GVO
Datenerhebung im Zusammenhang mit der Aufgabenerledigung durch das
Gesundheitsamt der StädteRegion Aachen**

Verantwortlicher	
Name und Kontaktdaten der Verantwortlichen StädteRegion Aachen Der Städteregionsrat A 53 – Gesundheitsamt Zollernstr. 10; 52070 Aachen Tel: 0241/5198-0 Mail: info@staedteregion-aachen.de	Datenschutzbeauftragte StädteRegion Aachen Die Datenschutzbeauftragte Zollernstraße 10; 52070 Aachen Tel: 0241/5198-1410 Mail: datenschutz@staedteregion-aachen.de De-Mail: datenschutz@staedteregion-aachen.de-mail.de
Zweck der Datenverarbeitung/ Verarbeitungsrahmen	
<p>Die Aufgaben des Gesundheitsamtes richten sich nach den gesetzlichen Vorgaben und rechtlichen Verpflichtungen. Im Rahmen der Aufgabenwahrnehmung werden personenbezogene Daten verarbeitet. Diese werden direkt bei den betroffenen Personen erhoben oder an das Gesundheitsamt durch Dritte (Auftraggeber von Gutachten, Einwohnermeldeämter, Ausbildungsstätten für nichtärztliche Gesundheitsberufe) im Rahmen vorliegender Rechtsgrundlagen übermittelt.</p> <p>Es werden nur Daten erhoben, die für die Aufgabenwahrnehmung erforderlich sind. Dies sind, neben persönlichen Daten von Ihnen, Ihrem Kind oder einer von Ihnen im Wege einer Betreuungsvollmacht/Bestallung betreuten Person, je nach Anlass und Erforderlichkeit auch weitere Daten, z.B. Gesundheitsdaten, Daten zur Staatsangehörigkeit, Angaben zu Kontaktpersonen (z.B. bei Aufgaben nach dem Infektionsschutzgesetz). Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 DS-GVO.</p> <p>Daten an Dritte werden nur weitergeleitet, soweit eine gesetzliche Verpflichtung oder eine richterliche bzw. staatsanwaltschaftliche Anordnung besteht oder Sie eingewilligt haben.</p> <p>Ihre Daten werden nach der Erhebung solange gespeichert, wie dies unter Beachtung der rechtlichen Aufbewahrungsfristen für die jeweilige Aufgabenerfüllung erforderlich ist.</p>	
Welche Datenschutzrechte haben Sie?	
<p>Als betroffene Person werden Sie darüber informiert, dass Sie folgende Rechte haben, wenn Sie die gesetzlichen und persönlichen Voraussetzungen erfüllen:</p> <p>Sie haben das Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO), das Recht auf Berichtigung (Art. 16. DS-GVO), das Recht auf Löschung (Art. 17 DS-GVO) oder Einschränkung der Datenverarbeitung (Art. 18 DS-GVO), das Recht auf Widerspruch gegen die Datenverarbeitung wegen besonderer Umstände (Art. 21 DS-GVO), das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO) sowie das Recht auf Beschwerde an die Aufsichtsbehörde bei Datenschutzverstößen (Art. 77 DS-GVO). Im Falle einer erteilten Einwilligung besteht das Recht auf Widerruf dieser Einwilligung (Art. 7 Abs. 3, Art. 13 Abs. 2 c sowie Art. 14 Abs. 2 d).</p> <p>Zuständige Aufsichtsbehörde: Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Nordrhein-Westfalen Postfach 20 04 44 40102 Düsseldorf Telefon: 0211/38424-0 Mail: poststelle@ldi.nrw.de Internet: www.ldi.nrw.de</p>	

Informationen zur Speicherung und Verarbeitung von personenbezogenen Daten nach DS-GVO finden Sie auch auf der Internetseite des Gesundheitsamtes unter www.staedteregion-aachen.de/gesundheitsamt-datenschutz oder Sie benutzen den hier abgebildeten QR-Code

