

أعزائي الآباء والأمهات

نهنتكم من صميم قلوبنا بمناسبة ولادة طفلكم

نرحب بكم ترحيباً حاراً في قسم طب الأطفال حديثي الولادة

تم إدخال طفلكم إلى قسمنا لأنه يحتاج إلى مراقبة طبية خاصة ورعاية تمريضية. يبذل فريقنا بأكمله قصارى جهده لتوفير أفضل رعاية ممكنة لطفلكم/أطفالكم وضمان بداية آمنة لحياتهم

من أجل توفير أقصى قدر ممكن من الحماية لجميع الأطفال في قسمنا، نرجو تفهمكم لضرورة تقليل عدد الزوار في غرف المرضى إلى أدنى حد ممكن. نهدف من ذلك إلى تقليل مخاطر العدوى والمساهمة في نمو طفلكم/أطفالكم على أفضل وجه ممكن حتى يتمكنوا من العودة إلى المنزل بصحة جيدة في أقرب وقت ممكن

وبالطبع، يمكنكم كآباء البقاء مع طفلكم في أي وقت. ولكن من أجل مصلحة جميع المرضى الصغار، نرجو منكم أن تشاركوا أفراد العائلة والأصدقاء في اللحظات الأولى معكم، على سبيل المثال، من خلال الصور أو مقاطع الفيديو

إن تفهمكم ودعمكم يساهمان بشكل كبير في حماية جميع الأطفال في قسمنا

شكراً جزيلاً، فريق قسم طب الأطفال حديثي الولادة



النماذج المهمة المطلوب التوقيع عليها

لقد بدأت بالفعل التكاليف الأولى للفحوصات والعلاجات في التراكم

لذلك، من المهم أن تقوموا بتأمين طفلكم لدى شركة تأمين صحي عامة أو خاصة في أسرع وقت ممكن

إذا كنتم قد اخترتم شركة تأمين صحي مسبقاً، يرجى إخطارها فوراً بميلاد طفلكم حتى لا تتحملوا أي تكاليف

للأسف، لا يمكن تجنب بعض الإجراءات التنظيمية والبيروقراطية في قسمنا. لذلك، سنتلقون منا بعض المستندات التي نرجو منكم ملؤها – وبالطبع يسعدنا تقديم المساعدة لكم في ذلك في أي وقت

ومن بين هذه المستندات عقد العلاج

يرجى إدراج ما يلي في الملحق 1 لعقد العلاج

• اسم طبيب أمراض النساء المعالج، وكذلك: **1**

• إن وجد – اسم القابلة الخاصة بك – **2**

• في البند **3** نرجو منك ذكر طبيب الأطفال الذي

سيتولى الرعاية اللاحقة لطفلك أو أطفالك

، إذا لم يكن لديك طبيب أطفال بعد .

نرجو منك البحث عن واحد في أقرب وقت ممكن

Anlage 1 zum Behandlungsvertrag	
Für gesetzlich und privat (zusatz-)krankenversicherte Patienten	
Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt sowie sonstige Vor-, Nach- und Weiterbehandler/innen (Einwilligung nach Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2aDS-GVO)	
☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH die bei	
1.	(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)
2.	(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)
vorliegenden, mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Behandlung im Krankenhaus erforderlich sind, anfordern kann. Ich entbinde diesen vorbehandelnden Arzt/Ärztin/Ärztin von ihrer/seiner ärztlichen Schweigepflicht. Die Daten werden nur zu dem Zweck verarbeitet, zu dem sie übermittelt wurden.	
☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt sowie sonstige Vor-, Nach- und Weiterbehandler/innen übermittelt. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der von diesem zu führenden zentralen Dokumentation. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt stattfindet. Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.	
3.	(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)
(Name und Anschrift des Arztes / der Ärztin, sofern bekannt)	
Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab. Eine Nichteinwilligung kann zu Nachteilen bei der aktuellen oder einer künftigen Behandlung führen, wenn behandlungsrelevante Daten nicht vorliegen.	
Meine Erklärung kann ich jederzeit ohne Angabe von Gründen gegenüber der Sana Kliniken Berlin-Brandenburg GmbH widerrufen. Der Widerruf gilt erst ab dem Zeitpunkt, zu dem ich ihn erkläre. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung meiner Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.	
18.05.2026	
Datum, Unterschrift des/der Patient(in)/in / bzw. Vertreters mit Vertretungsmacht	

كما نرجو منكم التوقيع على نماذج الموافقة المخصصة في الأماكن المحددة. وبتوقيعكم، فإنكم تمنحوننا الإذن بإرسال التقرير الطبي

الخاص بطفلكم إلى الأطباء الذين سيتولون متابعة علاجه أو إلى ممرضة التوليد الخاصة بكم

ونرجو منكم إدخال اسمكم ورقم هاتفكم في استمارة التسجيل. بالإضافة إلى ذلك، نحتاج إلى اسم والد الطفل ورقم هاتفه حتى نتتمكن من

الاتصال بكم هاتفياً في أي وقت عند الحاجة

علاوة على ذلك، سنتلقون رسالة إعلامية من مختبر الفحص التابع لمستشفى شاريتيه – الطب الجامعي في برلين. يرجى قراءتها بهدوء

ثم إعادتها إلينا موقعة في موعد أقصاه اليوم الثالث من عمر طفلكم

لا داعي للألم

في قسم طب الأطفال حديثي الولادة لدينا، نضع راحة المرضى الصغار في المقام الأول. ولذلك، فإننا نبذل قصارى جهدنا لتقليل الألم قدر الإمكان، ونحرص بشكل خاص خلال جميع الفحوصات والعلاجات على تجنب الألم أو تخفيفه في أقرب وقت ممكن من خلال الهدوء والتعاطف والأساليب الحديثة، نحرص على أن يشعر الأطفال بالأمان والطمأنينة، وأن يتم التعامل مع المواقف الصعبة بأكبر قدر ممكن من الرفق.

لقد حان يوم الخروج من المستشفى

نحن سعداء جداً من أجلكم لأنكم ستتمكنون الآن من اصطحاب طفلكم إلى المنزل.

على الرغم من التوق المفهوم لهذا اليوم، نرجو منكم التكرم بتقديم ملاحظات موجزة حول إقامتكم في قسم طب الأطفال حديثي الولادة لدينا. هل كنتم راضين عن الرعاية التي تلقيتموها؟ هل لديكم أي اقتراحات أو أفكار لتحسين الخدمة؟ إن ملاحظاتكم تساعدنا على تطوير الرعاية والدعم الذي نقدمه للعائلات بشكل مستمر.

لهذا الغرض، ستحصلون على استمارة ملاحظات يمكنكم تدوين تقييمكم على ظهرها. يرجى إلقاء الاستمارة المملوءة في صندوق البريد الأبيض الموجود على يمين باب الخروج.

Kinderklinik Station 3F



Sana Klinikum
Lichtenberg



Jetzt zählt Ihre Meinung!

**Willkommen zu unserer
Patientenbefragung**

Liebe Eltern,

der Aufenthalt Ihres Kindes in unserem Klinikum ist fast vorbei und wir hoffen, dass Sie mit der Betreuung und Behandlung zufrieden sind.

Heute können Sie uns persönlich mit Ihrer Bewertung dabei helfen, die Qualität unserer Arbeit weiter zu entwickeln.

Als Ihr Team der Kinderklinik, Station 3F interessiert uns Ihre Meinung vor allem, weil wir für unsere kleinen Patienten stetig besser werden wollen.

Bitte teilen Sie uns Ihre Erfahrungen mit.

Wir freuen uns darauf und sagen herzlich Dankeschön.

Ihre	Ihre	Ihr
Madeleine Löwe	Christin Weiß	Prof. Dr. med. Tobias Tenenbaum
Stationleitung	Abteilungsleitung	Chefarzt

Wir haben immer ein offenes Ohr für Sie.

Als Ihr Sana Klinikum Lichtenberg wollen wir Ihnen nahe sein. Auch nach Ihrem Klinikaufenthalt sind wir gerne für Sie da. Wenn Sie Fragen zu Ihren medizinischen oder pflegerischen Anliegen haben, erreichen Sie uns unter:

Tel.: 030 5519 2440, E-Mail: PFlegeDienst.Station3F@Sana.de

شكراً جزيلاً على دعمكم وثقتكم

نتمنى لكم ولطفلكم بداية جميلة

في المنزل، وكذلك أوقاتاً رائعة معاً

في كنف عائلتكم

فريق قسم طب الأطفال حديثي الولادة

/معلومات بشأن إقامة طفلك

أطفالك خلال الأشهر من أكتوبر إلى مارس

،ربما تكون قد اطلعت بالفعل على هذا الموضوع أو لفت انتباهك إليه أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء: خلال الفترة من أكتوبر إلى مارس ،RSV ويهدف ذلك إلى الحماية من الإصابات الشديدة بفيروس . (RSV) تتاح لك فرصة تحصين طفلك ضد فيروس المخلوي التنفسي .التي يمكن أن تؤدي إلى أمراض تنفسية خطيرة، خاصةً عند الأطفال حديثي الولادة والرضع

وستتلقون منا نشرة إعلامية مفصلة حول هذا الموضوع. يرجى قراءتها بهدوء. وبالطبع، فإن أطبائنا على استعداد دائم للإجابة على أسئلتكم أو التحدث معكم في أي وقت

إذا كنت توافق على التطعيم، نرجو منك إعادة النشرة إلينا بعد التوقيع عليها. إذا كنت لا توافق، يرجى التوقيع في الخانة المخصصة لذلك وإعادة النشرة إلينا أيضاً

