

ما تولد فرزندتان را صمیمانه به شما تبریک می‌گوییم

به شما در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان (نیوناتولوژی) ما خوش‌آمد می‌گوییم

فرزند شما به دلیل نیاز به مراقبت‌های ویژه پزشکی و پرستاری در بخش ما بستری شده است. کل تیم ما متعهد است که بهترین مراقبت ممکن و شروعی امن را برای فرزند/فرزندتان شما فراهم آورد

برای اطمینان از حداکثر حفاظت از تمام کودکان در بخش ما، از شما درخواست داریم با توجه به اینکه تعداد بازدیدکنندگان در اتاق بیماران را به حداقل می‌رسانیم، ما را درک کنید. هدف ما از این کار، کاهش خطر عفونت و کمک به رشد هرچه بهتر فرزند/فرزندتان شما و ترخیص هرچه سریع‌تر آنها با سلامتی کامل به خانه است

البته، شما به عنوان والدین، در هر زمانی می‌توانید در کنار فرزندتان باشید. با این حال، به منظور حفظ منافع تمام بیماران کوچکمان، از شما می‌خواهیم که فعلاً لحظات اولیه‌ی با هم بودن خود را، برای مثال، از طریق عکس‌ها یا ویدیوها با اعضای خانواده و دوستان به اشتراک بگذارید

با درک و حمایت شما، سهم مهمی در حفاظت از تمام کودکان بخش ما ایفا می‌کنید

با تشکر فراوان، تیم نوزاتولوژی شما



فرم‌های مهمی که باید امضا کنید

هزینه‌های اولیه برای معاینات و درمان از هم‌اکنون شروع شده است.

بنابراین مهم است که هر چه سریع‌تر فرزند خود را نزد یک شرکت بیمه درمانی دولتی یا خصوصی ثبت‌نام کنید.

اگر از قبل یک شرکت بیمه درمانی را انتخاب کرده‌اید، لطفاً بلافاصله آنها را از تولد فرزندتان مطلع سازید تا متحمل هیچ هزینه‌ای نشوید.

متأسفانه، حتی در بخش ما نیز نمی‌توان از مقدار مشخصی کار سازماندهی و اداری اجتناب کرد. بنابراین ما چند سند در اختیار شما قرار می‌دهیم که از شما می‌خواهیم آن‌ها را تکمیل کنید – البته ما در هر زمان با کمال میل در این زمینه به شما کمک خواهیم کرد.

این موارد شامل، در میان موارد دیگر، قرارداد درمان است.

لطفاً موارد زیر را در پیوست ۱ قرارداد درمان وارد کنید:

• نام متخصص زنان معالج شما، و ۱.

• در صورت لزوم – نام ماما/دایه شما – ۲.

• در قسمت ۳، لطفاً نام متخصص اطفالی را که

مراقبت مستمر از فرزند یا فرزندان شما را بر عهده خواهد

گرفت، وارد کنید.

Anlage 1 zum Behandlungsvertrag

Für gesetzlich und privat (zusatz-)krankenversicherte Patienten

Datenübermittlung zwischen Krankenhaus und Hausarzt sowie sonstige Vor-, Nach- und WeiterbehandlerInnen
(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 erkläre diesen vorbehandelnden Arzt/Ärztin von innerer ärztlicher 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 WeiterbehandlerInnen übermitteln. Dabei dient insbesondere die Übermittlung an den Hausarzt der von diesen zu führenden zentralen Dokumentation. Meine Einwilligung gilt unabhängig davon, ob meine Weiterbehandlung direkt im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt stattfindet. Ich erkläre 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 Nichterwählung 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

اگر هنوز متخصص اطفال ندارید، از شما می‌خواهیم که در اسرع وقت یکی را پیدا کنید.

همچنین از شما می‌خواهیم فرم‌های رضایت را در محل‌های تعیین‌شده امضا کنید. با امضا، شما اجازه می‌دهید گزارش پزشکی فرزندتان را برای پزشکان ارائه‌دهنده درمان‌های بعدی یا ماما ارسال کنیم.

در فرم پذیرش، لطفاً نام و شماره تلفن خود را وارد کنید. ما همچنین به نام پدر کودک و شماره تلفن او نیاز داریم تا در صورت لزوم بتوانیم در هر زمانی با شما تماس بگیریم.

دریافت Charité – Universitätsmedizin Berlin علاوه بر این، شما نامه‌ای حاوی اطلاعات از آزمایشگاه غربالگری در خواهید کرد. لطفاً این نامه را با دقت مطالعه کرده و حداکثر تا روز سوم زندگی فرزندتان، آن را امضا و به ما بازگردانید.

درد اجتناب‌ناپذیر نیست

در بخش نوزاتولوژی ما، رفاه بیماران کوچکمان بالاترین اولویت ماست. به همین دلیل، ما می‌کوشیم تا درد را تا حد امکان به حداقل برسانیم و در تمام معاینات و درمان‌ها، مراقبت ویژه‌ای برای جلوگیری یا کاهش درد در اولین فرصت ممکن به عمل می‌آوریم. ما با رویکردی آرام و همدلانه، همراه با روش‌های مدرن، اطمینان حاصل می‌کنیم که کودکان احساس امنیت و آرامش کنند و موقعیت‌های استرس‌زا تا حد امکان با ملایمت مدیریت شوند.

روز ترخیص فرا رسیده است

ما از اینکه اکنون می‌توانید فرزندتان را به خانه ببرید، بسیار خرسندیم. با اینکه هیجان شما را درک می‌کنیم، از شما خواهشمندیم که بازخورد کوتاهی در مورد اقامت خود در بخش مراقبت‌های ویژه نوزادان به ما ارائه دهید. آیا از مراقبت‌های ارائه‌شده رضایت داشتید؟ آیا پیشنهاد یا ایده‌ای برای بهبود دارید؟ بازخورد شما به ما کمک می‌کند تا مراقبت و حمایتی را که به خانواده‌ها ارائه می‌دهیم، به طور مداوم بهبود بخشیم. ما برای این منظور یک فرم بازخورد فراهم کرده‌ایم؛ لطفاً ارزیابی خود را در پشت فرم تکمیل فرمایید. پس از تکمیل، لطفاً فرم را در صندوق پستی سفید رنگ که در سمت راست در خروجی قرار دارد، بیندازید.

از حمایت و اعتماد شما بسیار سپاسگزاریم.

برای شما و فرزندتان آغازی زیبا در خانه و

لحظات شادی را در کنار خانواده‌تان آرزو می‌کنیم.

تیم نوزاتولوژی

اطلاعات مربوط به اقامت فرزند/فرزندان شما بین ماه‌های اکتبر و مارس

ممکن است شما از این موضوع مطلع باشید، یا اینکه توسط اعضای خانواده یا دوستان به اطلاعاتتان رسیده باشد: بین ماه‌های اکتبر و واکسینه کنید. این واکسن در برابر (RSV) مارس، شما این امکان را دارید که فرزند خود را علیه ویروس سنسیتیال تنفسی که می‌تواند به بیماری‌های تنفسی جدی، به‌ویژه در نوزادان و شیرخواران منجر شود، محافظت ایجاد RSV عفونت‌های شدید می‌کند.

ما یک برگه اطلاعات جامع در این مورد در اختیار شما قرار خواهیم داد. لطفاً وقت بگذارید و آن را با دقت مطالعه کنید. طبیعتاً پزشکان ما همیشه برای پاسخ به هرگونه سوال شما یا گفتگو بیشتر در این مورد در دسترس هستند.

در صورت موافقت با واکسیناسیون، لطفاً فرم امضا شده را به ما بازگردانید. در صورت عدم موافقت، لطفاً در خانه مربوطه امضا کرده و فرم را به ما بازگردانید.

