

Zgoda na wykonanie przesiewowego badania słuchu u noworodków (Neugeborenen-Hörscreening). Einwilligungserklärung.....

Wyrażam/my zgodę na przeprowadzenie przesiewowego badania słuchu u noworodków (Neugeborenen- Hörscreening).

Oświadczam/my że zostaliśmy dokładnie poinformowani na temat ochrony danych osobistych i oceny wyników badań.

Jestem/śmy świadomi faktu że wynik badań zostanie dalej przekazany i przechowywany w centralnej bazie danych w Centrum Audiologicznym w Oldenburgu (Hörzentrum Oldenburg) i że dane te będą tam poddane ocenie.

Tylko w przypadku gdy wynik badania u naszego/ mojego dziecka będzie wątpliwy lub nieprawidłowy przesyłane i zapisywane są również dane osobiste i adres, w celu dalszej koordynacji diagnostycznej. W przypadku gdy badanie wypadnie prawidłowo wszystkie dane z badania zostaną przesłane anonimowo (adres i dane osobiste nie zostaną dalej przekazane),

Uzyskane dane będą wykorzystywane do celów naukowych i statystycznych i anonimowo upublicznione. Dane te nie będą przekazywane osobą trzecim. Gwarantujemy szczególną ochronę danych osobowych.

Zostałam/liśmy poinformowani że podanie dziecka badaniu przesiewowemu słuchu (Neugeborenen- Hörscreening), jest dobrowolne.

Zgoda ta na wykonanie badania, może być w każdym momencie wycofana . W tym przypadku zostaną wszystkie dane osobowe wykreślone. W tym celu prosimy o kontakt Państwa z państwa Szpitalem lub Kliniką.

_____dnia_____

Miejscowość data

Podpis jednego z rodziców (Unterschrift...

_____ dnia _____

Miejscowość

Położna/ Pediatria

Data