

Заявление о согласии NHS Nordwest

Настоящим заявлением я/мы утверждаю/утверждаем, что меня/нас достаточно проинформировали о проведении профилактики слуха у новорожденных (NHS-Nordwest), а также о сборе и анализе данных, связанных с этой профилактикой.

Я/мы согласен/согласны с тем, чтобы у моего/нашего ребенка были проверены слуховые способности посредством проведения отоакустических эмиссий или так называемых акустически эвоцированных потенциалов.

Мне/нам известно, что результаты обследования передаются в центр профилактики слуха, при Hörzentrum Oldenburg земли Нидерсасхсен, кампус Любек и там же сохраняются. Данные анализируются и обрабатываются Отделением Фониатрии и Педаудиологии, Клиникой для детей и подростков, Институтом по эпидемиологии и социальной медицине и Институтом по медицинской информатике, при Университетской Клинике земли Нидерсасхсен, Hörzentrum Oldenburg.

Данные там оцениваются. Следующие данные становятся:

Вид имени
Пациентенnummer
Имя и адрес родителей
Бефунд
Рисикофакторен

Имя и адрес сохраняются только в том случае, если слуховой тест у моего/нашего ребенка покажет подозрительный результат с целью координации диагностического выяснения. Результаты детей, без слуховых отклонений сохраняются *без* имени и адреса зашифрованным образом.

Все данные подвергаются научному анализу и публикуются *без указания имен*. Данные не передаются третьим лицам. Строго соблюдаются все правила о защите данных.

Я/мы знаю/знаем, что проведение профилактики слуха у новорожденных осуществляется в добровольном порядке.

Отказаться от заявления о согласии можно в любой момент. В этом случае все собранные данные уничтожаются.

место и дата

Подпись одного из родителей

место и дата

Акушерка/Детский врач

Пожалуйста, отдайте это заявление медсестрам в клинике. Большое спасибо!