



## Elterneinwilligung zum Neugeborenen-Hörscreening in Westfalen-Lippe

Stand 30.05.2018

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Ich habe das „Informationsblatt für Eltern zum Neugeborenen-Hörscreening in Westfalen-Lippe“ erhalten und bin mit der Teilnahme meines Kindes am Hörscreening einschließlich der Datenübermittlung an die Hörscreeningzentrale Westfalen-Lippe und nachbehandelnde Ärzte einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich lehne die Durchführung der Untersuchung und die Datenübermittlung ab.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes am Hörscreening einverstanden, lehne aber die Datenübermittlung an die Hörscreeningzentrale Westfalen-Lippe und nachbehandelnde Ärzte ab.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_