



Zgoda rodziców na wykonanie badania przesiewowego słuchu u noworodków w Westfalen-Lippe

Stan 30.05.2018

Nazwisko: _____

Adres: _____

Potwierdzam, że otrzymałam/otrzymałem „arkusz informacyjny dla rodziców o przesiewowym badaniu słuchu u noworodków w Westfalen-Lippe” i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w tym badaniu. Zgadzam się także na przekazanie danych dotyczących tego badania do Centrum Badań Przesiewowych Słuchu Westfalen-Lippe oraz do lekarzy prowadzących dalsze leczenie.

Miejscowość, data _____ Podpis _____

Nie zgadzam się na przeprowadzenie badania oraz na przekazanie danych.

Miejscowość, data _____ Podpis _____

Zgadzam się na udział mojego dziecka w badaniu przesiewowym słuchu, ale nie zgadzam się na przekazanie danych do Centrum Badań Przesiewowych Słuchu Westfalen-Lippe oraz do lekarzy prowadzących dalsze leczenie.

Miejscowość, data _____ Podpis _____