



Consentimento dos pais no screening auditivo de recém-nascidos em Westfalen-Lippe

Nome:

Direcção:

—

Estou de acordo tanto com a participação do meu filho no screening auditivo como com a transmissão dos dados ao Screening-Zentrale Westfalen-Lippe e aos médicos da reavaliação.

Lugar, data _____

Assinatura: _____

Recuso a realização do exame e a transmissão dos dados.

Lugar, data _____

Assinatura: _____

Estou de acordo com a participação do meu filho no screening auditivo, mas recuso a transmissão dos dados ao Screening-Zentrale Westfalen-Lippe e aos médicos da reavaliação.

Lugar, data _____

Assinatura: _____