



## Согласие родителей на проведение скрининга слуха новорождённого в Вестфален-Липпе

Фамилия: \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Я даю согласие на участие моего ребёнка в скрининге слуха, включая передачу полученных данных в Центр скрининга Вестфален-Липпе и врачам, осуществляющим дополнительное обследование.

Место, дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Я не даю согласия на участие моего ребёнка в исследовании и передачу данных.

Место, дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Я даю согласие на участие моего ребёнка в скрининге слуха, но не даю согласия на передачу полученных данных в Центр скрининга Вестфален-Липпе и врачам, осуществляющим дополнительное обследование.

Место, дата: \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_