

(موافقة الوالدين على إجراء فحص القدرة السمعية (سكرينينغ السمع)
للمواليد الجديدة بفيستفالن - لبييه



الإسم: _____

العنوان: _____

إني أوافق على اشتراك طفلي في فحص القدرة السمعية، بما فيه موافاة المعلومات الى مركز
الفحص (سكرينينغ) بفيستفالن - لبييه والى الأطباء المعالجين

المكان، التاريخ: _____ التوقيع: _____

إني أرفض إجراء الفحص و موافاة المعلومات

المكان، التاريخ: _____ التوقيع: _____

إني أوافق على اشتراك طفلي في فحص القدرة السمعية ولكن أرفض موافاة البيانات الى مركز الفحص
بفيستفالن - لبييه والى الأطباء المعالجين

المكان، التاريخ: _____ التوقيع: _____