



Elterneinwilligung zum Neugeborenen-Hörscreening in Westfalen-Lippe

Name: _____

Anschrift: _____

Ich bin mit der Teilnahme meines Kindes am Hörscreening einschließlich der Datenübermittlung an die Screening-Zentrale 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 Screening-Zentrale Westfalen-Lippe und nachbehandelnde Ärzte ab.

Ort, Datum _____ Unterschrift: _____