



Consimțământul părinților pentru screeningul auditiv neonatal în Westfalen-Lippe

actualizat la 06.12.2018

Nume: _____

Adresă: _____

Declar că am obținut actul informativ despre screeningul auditiv neonatal în Westfalen-Lippe destinat părinților și că sunt de acord cu participarea copilului meu la programul de screening auditiv neonatal și cu transferul de date personale către centrul de screening auditiv neonatal, precum și către alți medici implicați în tratamentele medicale ulterioare.

Locație, Data _____ Semnătura: _____

Declar că refuz efectuarea screeningului auditiv neonatal și transferul de date personale.

Locație, Data _____ Semnătura: _____

Declar că sunt de acord cu participarea copilului meu la programul de screening auditiv neonatal, dar refuz transferul de date personale către centrul de screening auditiv neonatal și către alți medici implicați în tratamentele medicale ulterioare.

Locație, Data _____ Semnătura: _____