



Pristanak roditelja na snimanje sluha novorođenčeta u Westfalen-Lippe

Ime: _____

Adresa: _____

Slazem se sa sudelovanjem moga deteta na snimanju sluha i slanjem podataka centrali za skrining Westfalen-Lippe i lekarima koji iste obrađuju.

Mesto, datum _____ Potpis: _____

Odbijam provođenje pregleda i slanje podataka.

Mesto, datum _____ Potpis: _____

Slazem se sa sudelovanjem moga deteta na snimanju sluha, ali odbijam slanje podataka centrali za skrining Westfalen-Lippe i lekarima koji iste obrađuju.

Mesto, datum _____ Potpis: _____