



## Westfalen-Lippe yeni doğanlar işitme taramasına ilişkin anne ve babaların rızası

Adı: \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ben çocuğumun işitme taramasına katılmasını ve verilerin Westfalen-Lippe Tarama Merkezi'ne ve sonradan tedavi eden doktorlara iletilmesini kabul ediyorum.

Yer, tarih \_\_\_\_\_ İmza: \_\_\_\_\_

Ben muayene yapılmasını ve verilerin iletilmesini kabul etmiyorum.

Yer, tarih \_\_\_\_\_ İmza: \_\_\_\_\_

Ben çocuğumun işitme taramasına katılmasını kabul ediyorum, ancak verilerin Westfalen-Lippe Tarama Merkezi'ne ve sonradan tedavi eden doktorlara iletilmesini kabul etmiyorum.

Yer, tarih \_\_\_\_\_ İmza: \_\_\_\_\_