

Coordination manager:
Anja Mohadjer
Fon: 0441 – 2172 – 100
Fax: 0441 – 2172 – 150
Email: Info@NHS-NordWest.De

إلى الأهالي تصريح موافقة

نعلمن/أعلن هنا انه تم إطلاعنا/إطلاعي بما فيه الكفاية على فحص
وتخزينها.

نوافق/أوافق على فحص السمع لدى رضيعنا/رضيبي عن طريق الانبعاثات الصوتية أو استجابة الدماغ الجذعية السمعية

سيتم حيث تم إطلاعنا/إطلاعي أن نتائج الاختبار سيتم نقلها إلى مركز فحص السمع حديثي الولادة في هورسينتغم في أولدنبرج
تحليل البيانات وتخزينها هناك أيضًا

طفلنا عن نتيجة وجود نقص في السمع ، سيتم تخزين الاسم والعنوان لتنسيق المزيد من التشخيص/إذا كشف فحص طفلي
ستتم معالجة بيانات الأطفال الذين اجتازوا الاختبار بدون اسم وعنوان

لن يتم .سيتم تحليل البيانات المؤكدة بطريقة علمية ونشرها كمجموعة من الإحصاءات بناءً على نتائج الاختبارات مجهولة المصدر
وسيتم الإلتزام بجميع قوانين حماية البيانات بدقة نقل البيانات إلى أطراف ثالثة

أبلاغني أن المشاركة في فحص السمع لحديثي الولادة أمر طوعي /تم ابلاغنا

لسحب موافقتكم/موافقتك ، في هذه الحالة ، سيتم إزالة جميع البيانات الشخصية .يمكن سحب اتفاقية المشاركة في أي وقت
يرجى الاتصال بعيادة الأمومة الخاصة بك

_____	_____	_____
المكان	التاريخ	توقيع الوالدين/الوالد/الوالده
_____	_____	_____