

An die
Eltern

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

(Hier Stempel oder Logo der Geburtsklinik,
Arztpraxis oder Hebammenpraxis aufkleben)

Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre/n ich/wir ausreichend über das Hörscreening bei Neugeborenen und die damit verbundene Datenerhebung und –auswertung informiert worden zu sein.

Ich/Wir stimme/n zu, dass das Hörvermögen meines/unseres Kindes mittels Otoakustischer Emissionen oder Akustisch evozierter Potentiale untersucht wird.

Mir/Uns ist bekannt, dass das Ergebnis der Untersuchung an die Zentrale des Neugeborenen-Hörscreenings im Hörzentrum Oldenburg übermittelt und gespeichert wird. Die Daten werden dort auch ausgewertet.

Nur wenn mein/unser Kind einen auffälligen Befund zeigt, werden Name und Adresse gespeichert, um die diagnostische Abklärung zu koordinieren. Die Daten hörgesunder Kinder werden *ohne* Namen und Adresse verarbeitet.

Die erhobenen Daten werden wissenschaftlich ausgewertet und als Statistik auf Basis der anonymen Untersuchungsergebnisse veröffentlicht. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Alle Vorgaben des Datenschutzes werden streng eingehalten.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Teilnahme am Hörscreening für Neugeborene freiwillig ist.

Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit zurückgezogen werden. In diesem Falle werden alle persönlichen Daten gelöscht. Dazu wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Geburtsklinik.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift eines Elternteils

_____, den _____
Ort Datum

Geburtshelfer/Hebamme/Kinderarzt