

An die  
Eltern

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

## UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein



### Campus Lübeck

UNHS-SH / Hörscreening-Zentrale S-H

**Ansprechpartner:**

Ärztlicher Leiter Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler

**Tel.:** +49-(0)451 - 500 - 42110

**Fax:** +49-(0)451 - 500 - 42104

**E-Mail:** webmaster@unhs-sh.de

**Internet:** www.uk-sh.de

**Datei:** einwrisk.rtf / Schö

## Einwilligungserklärung UNHS-SH

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

Uns/mir ist bekannt, dass das Ergebnis der Untersuchung an die Zentrale des Hörscreenings am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, übermittelt und dort gespeichert werden. Die Daten werden ausgewertet von: Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie, Klinik für Kinder- u und Jugendmedizin, Institut für Epidemiologie und Sozialmedizin sowie Institut für Medizinische Informatik des Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck.

Nur wenn mein/unser Kind einen auffälligen oder keinen Befund zeigt, werden Name und Adresse gespeichert, um die diagnostische Abklärung zu koordinieren. Hörgesunde Kinder werden *ohne* Name und Adresse verschlüsselt (pseudonymisiert) gespeichert.

Die erhobenen Daten werden wissenschaftlich ausgewertet und *ohne Namen* veröffentlicht. Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Alle Vorgaben des Datenschutzes werden streng eingehalten.

Im Falle einer Schädigung haftet das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH) nach den allgemeinen Haftungsgrundsätzen des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH).

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

Die Zustimmung zur Teilnahme kann jederzeit zurückgezogen werden. In diesem Falle werden alle erhobenen Daten gelöscht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Hotline des UNHS-SH, Telefon +49-(0)451-500-42110.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift eines Elternteils

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
Ort Datum

\_\_\_\_\_  
Geburtshelfer/Hebamme/Arzt

**Diese Erklärung geben Sie bitte den Schwestern auf der Station. Vielen Dank!**