



UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein  
Campus Lübeck · Ratzeburger Allee 160 · D-23538 Lübeck

Родителям

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

## UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein

**Campus Lübeck**  
UNHS-SH / Zentrale Meldestelle  
**Ansprechpartner:**  
Ärztlicher Leiter Prof. Dr. med. Rainer Schönweiler  
**Tel.:** +49-(0)451 – 500 – 3485  
**Fax:** +49-(0)451 – 500 – 6792  
**E-Mail:** rainer.schönweiler@phoniatrie.uni-luebeck.de  
**Internet:** [www.uk-sh.de](http://www.uk-sh.de)  
**Datum:** 13.06.2005  
**Datei:** einwrisk.rtf / Schö

### Заявление о согласии UNHS-SH

Настоящим заявлением я/мы утверждаю/утверждаем, что меня/нас достаточно проинформировали о проведении профилактики слуха у новорожденных (UNHS-SH), а также о сборе и анализе данных, связанных с этой профилактикой.

Я/мы согласен/согласны с тем, чтобы у моего/нашего ребенка были проверены слуховые способности посредством проведения отоакустических эмиссий или так называемых акустически эвоцированных потенциалов.

Мне/нам известно, что результаты обследования передаются в центр профилактики слуха, при Университетской Клинике земли Шлезвиг-Хольштейн, кампус Любек и там же сохраняются. Данные анализируются и обрабатываются Отделением Фониатрии и Педаудиологии, Клиникой для детей и подростков, Институтом по эпидемиологии и социальной медицине и Институтом по медицинской информатике, при Университетской Клинике земли Шлезвиг-Хольштейн, кампус Любек.

Имя и адрес сохраняются только в том случае, если слуховой тест у моего/нашего ребенка покажет подозрительный результат с целью координации диагностического выяснения. Результаты детей, без слуховых отклонений сохраняются *без* имени и адреса зашифрованным образом.

Все данные подвергаются научному анализу и публикуются *без указания имен*. Данные не передаются третьим лицам. Строго соблюдаются все правила о защите данных.

Я/мы знаю/знаем, что проведение профилактики слуха у новорожденных осуществляется в добровольном порядке.

Отказаться от заявления о согласии можно в любой момент. В этом случае все собранные данные уничтожаются. Если у вас возникнут вопросы, звоните по номеру горячей линии UNHS-SH +49-(0)451-500-3488.

---

место и дата

---

Подпись одного из родителей

---

место и дата

---

Акушерка/Детский врач

**Пожалуйста, отдайте это заявление медсестрам в клинике. Большое спасибо!**