

МАТЬ

Фамилия: _____ ,

Имя: _____

Дата рождения: ____ . ____ . _____

(не заполняется при разъяснении и согласии до рождения)

РЕБЕНОК

Фамилия: _____ ,

Имя: _____

Дата рождения: ____ . ____ . _____

(не заполняется при согласии до рождения)

**ЗАЯВЛЕНИЕ И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ СОГЛАСИЯ
НА ПРОВЕДЕНИЕ СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННОГО**

Я проинформирована о **скрининге новорожденного на предмет врожденных гормональных нарушений, нарушений обмена веществ и слуха**. Я получила и прочитала информационный бюллетень для родителей. Мне разъяснили возможности и границы этого исследования – особенно то, что необычные результаты скрининга новорожденного не являются диагнозом, а служат основанием для дальнейших исследований с целью выяснения ситуации. При необычных данных осмотра лаборатория имеет право связаться со мной напрямую. У меня была возможность задать вопросы обо всех описанных и рекомендованных скрининговых исследованиях, а также о способах их проведения, или **воспользоваться предложенной консультацией по телефону**. Мне было предоставлено достаточно времени для вопросов. Мне известно, что все данные, собранные обо мне и моем ребенке (подробности см. на обороте) с целью более быстрой обработки и уведомления в случае выявления необычных результатов, хранятся и обрабатываются в электронном виде скрининговым центром.

Настоящим я заявляю (выбрать только один вариант)

- _____
- лаборатории скрининга новорожденных (директор др. мед. Оливер Бланкенштайн)

в качестве ответственного медицинского лица мое согласие с проведением рекомендованных исследований по раннему распознаванию.

Я отказываюсь от проведения следующих исследований для моего ребенка

- расширенного скрининга новорожденного на предмет гормональных нарушений и нарушений обмена веществ
- скрининга новорожденного на предмет нарушений слуха

Мне разъяснили возможные последствия и опасности отказа от исследования для здоровья моего ребенка.

Хранение остатков проб крови:

Я согласна с хранением оставшегося материала для анализов с целью обеспечения возможности последующей дополнительной проверки результатов. По истечении 12 месяцев данные хранятся отдельно от остатков крови и в закодированном виде (под псевдонимом). Только по требованию уполномоченного лица данные и пробы крови снова соединяются посредством кода (псевдонима). Уничтожение остатков проб крови планомерно осуществляется в Берлине по истечении 18 лет. Чтобы в дальнейшем иметь возможность проверить правильность проведения скринингового исследования, мы рекомендуем этот увеличенный срок хранения.

- Я отказываюсь от увеличенного срока хранения остатков проб крови.

Я согласна с анонимным использованием остатков проб крови в научных целях (например, для дальнейшего развития методов скрининга, повышения качества).

- Я отказываюсь от анонимного использования остатков проб крови.

Дата

Фамилия, имя
Врач

Подпись

Фамилия, имя
Уполномоченное лицо

Подпись

Передача права на отбор пробы / копию данных осмотра:

- В соответствии со следующим согласием право на отбор пробы передается:

СПЕЦИАЛИСТ ПО ОТБОРУ

- Копию данных осмотра следует послать вышеназванному лицу

Уважаемые родители,

чтобы показать вам, какие медицинские и персональные данные собираются и временно хранятся в связи со скринингом новорожденного, ниже находится изображение части данных скрининговой карты. Благодаря ID скрининга и штрих-коду медицинские данные хранятся отдельно от персональных данных. Этикетка с ID скрининга вклеивается в желтую карточку для исследований, которую получает каждый новорожденный, и таким образом устанавливается связь между ребенком и ID скрининга. После кодировки информацию можно получить только с помощью номера ID скрининга, который предоставляется ребенку или родителям.

Все данные хранятся под замком. Их хранят на защищенном от проникновения компьютере в течение предусмотренного отрезка времени. Доступ к компьютеру имеют только сотрудники лаборатории.

Если у вас возникли вопросы о виде или значении отдельных полей, обратитесь, пожалуйста, к вашему педиатру или акушеру.

Данное поле с данными матери заполнить:	
Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Labor-Nr.	
Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl	
Name, Vorname des Versicherten	
geb. am	
Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	
Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl	
Leerkarten-Grund: <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einsendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung	
<input type="checkbox"/> Entl. < 35 h	
Screening-ID	
Abrechnung: <input type="checkbox"/> Privat Privatversicherte bitte hier unterschreiben	
Daten des Kindes:	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Datum/Uhrzeit der Abnahme:	
Geburtsgewicht	
Geburtsbuch-Nr.	
Tag Monat Jahr Std. Min. Tag Monat Jahr Std. Min. g.	
Geschlecht Gestationswoche	
<input type="checkbox"/> Mehrling	
Wiederholungsuntersuchung <input type="checkbox"/>	
M W + (fd. Nummer)	
Hörscreening: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	
<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt TE OAE: bds. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	
AABR: bds. <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	

