

<b>ANNE</b>
Soyadı: _____ ,
Adı: _____
Doğum tarihi: ____ . ____ . _____
(Doğumdan önce bilgi ve onay verilmişse boş kalacak)

<b>ÇOCUK</b>
Soyadı: _____ ,
Adı: _____
Doğum tarihi: ____ . ____ . _____
(Doğumdan önce bilgi ve onay verilmişse boş kalacak)

## YENİ DOĞAN TARAMASI YAPILMASINA İLİŞKİN TALEP VE ONAY BEYANI

**Doğuştan gelen hormon, metabolizma ve işitme bozukluklarına ilişkin olarak yapılan yeni doğan taraması** konusunda bilgilendirilmiş bulunuyorum. Ebeveyn bilgilendirme broşürü bana verildi ve ben bunu okudum. Söz konusu muayenenin olanakları ve sınırları hakkında aydınlatıldım. Özellikle de, yeni doğan taramasında dikkat çeken sonuçların teşhis anlamına gelmediği ve durumun netleştirilmesi için ilave incelemelerin yapıldığı konularında bilgilendirildim. Dikkat çekici bulgular söz konusu olduğunda, laboratuvar benimle doğrudan iletişim kurabilir.

Orada tarif edilen ve önerilen tüm tarama muayeneleri konusunda ve uygulama metotları hakkında soru sorma olanağını ve **sunulmakta olan telefonla danışmanlık hizmetinden** yararlanma fırsatını **buldum**. Soru sormak ve konu hakkında düşünmek için bana yeterli süre verildi. Benden ve çocuğumdan elde edilen verilerin (ayrıntılar için arka sayfaya bakınız) çabuk işlenebilmesi ve dikkat çekici bulguların bildirilebilmesi amacıyla, verilerin tarama merkezi tarafından elektronik ortamda depolanacağını ve işleneceğini biliyorum.

**Aşağıdaki muhabata hitaben beyan ediyorum** (sadece bir tek seçeneği işaretleyin):

- \_\_\_\_\_
- Yeni doğan tarama laboratuvarına (Yönetici: Dr. Oliver Blankenstein)

**sorumlu tıbbi şahıs olarak, önerilen erken teşhis muayenelerini yapması konusunda onay veriyorum.**

Çocuğumla ilgili olarak müteakip muayenelerin yapılmasını istemiyorum:

- Doğuştan gelen hormon ve metabolizma bozukluklarına ilişkin genişletilmiş yeni doğan taraması.
- İşitmeye yönelik yeni doğan taraması.

Onay vermediğim için çocuğumun karşılaşabileceği olası sağlık sonuçları ve tehlikeler hakkında bilgilendirilmiş bulunuyorum.

**Kan örneği artıklarının muhafaza edilmesi:**

Sonuçların daha sonra da kontrol edilebilmesi için fazlalık numunelerin muhafaza edilmesini onaylıyorum. Veriler 12 ay dolduktan sonra artan kan örneğinden ayrılacak ve şifrelenmiş olarak (takma isimle) muhafaza edilecektir. Sadece velayet hakkı sahiplerinin talebi üzerine, şifre (takma isim) üzerinden kan örneği ile verilerin tekrar birleştirilmesi mümkün olacaktır. Artan kan örneğinin imhası Berlin'de, 18 yıl sonra planlı olarak yapılacaktır. Daha sonra da tarama muayenelerinin doğru olarak yapıp yapılmadığını kontrol edebilmeniz için, bu uzun muhafaza süresini öneriyoruz.

- Artan kan örneğinin söz konusu uzun süre boyunca muhafaza edilmesini istemiyorum.

Aitliği belirsizleştirilmiş olan artan kan örneğinin bilimsel amaçlar için (örneğin tarama yöntemlerinin geliştirilmesi, kalite önlemleri için) kullanılmasına onay veriyorum.

- Anonim haldeki artan kan örneğinin bilimsel olarak kullanılmasına onay vermiyorum.

Tarih

\_\_\_\_\_  
Soyadı, Adı İmzası  
Hekim

\_\_\_\_\_  
Soyadı, Adı İmzası  
Velayet hakkı sahibi

## Alınan örneğin/bulguların suretinin iletilmesi:

- Onay alındıktan sonra, alınan örnek şu kişiye iletilecektir:

<b>ALAN UZMAN</b>
-------------------

- Bulguların bir sureti, yukarıda belirtilen kişiye gönderilsin

Sevgili Ebeveynler,

Yeni doğan taraması çerçevesinde hangi tıbbi ve kişisel bilgilerin toplandığını ve geçici olarak depolandığını size gösterebilmek için, ekte size tarama kartının veri kısmının bir resmini sunuyoruz.

Tarama kimlik numarası ve barkod yardımıyla, tıbbi bilgiler kişisel verilerin bulunduğu dosyadan ayrı olarak saklanmaktadır. Çocuğunuza ilişkin tarama kimlik numarasının bulunduğu bir etiket formu, her yeni doğana verilen sarı muayene defterine yapıştırılır ve çocukla tarama kimlik numarası arasındaki bağlantıyı oluşturur. Sadece çocuğun, yani çocuğun ebeveynlerinin elinde bulunan tarama kimlik numarası vasıtasıyla, isim takma işleminden sonra bilgi verilebilmektedir.

Tüm veriler kilit altında tutulmaktadır. Bunlar, ön görülen süre boyunca erişim güvenli bir bilgisayarda depolanmış olarak kalacaktır. Sadece tarama laboratuvarının çalışanları erişim imkanına sahiptir.

Münferit alanların özelliğine veya anlamına ilişkin sorunuz varsa, lütfen ilgili çocuk ya da kadın doğum hekiminize başvurun.

<b>Dieses Feld mit den Daten der Mutter ausfüllen:</b>			
Krankenkasse bzw. Kostenträger	Labor-Nr.		
Name, Vorname des Versicherten	Telefonnummer der Mutter mit Vorwahl		
geb. am	<b>Besonders:</b>		
Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status	<input type="checkbox"/> Transfusion		
Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum	am:		
	<input type="checkbox"/> weitere:		
	Telefonnummer des Einsenders mit Vorwahl		
<b>Leerkarten-Grund:</b> <input type="checkbox"/> verstorben (bei Einwendung ohne Material ankreuzen) <input type="checkbox"/> Verlegung	<b>Abrechnung:</b> <input type="checkbox"/> Privat		
<input type="checkbox"/> Entl. < 35 h	Privatversicherte bitte hier unterschreiben		
<b>Screening-ID</b>			
<b>Daten des Kindes:</b>			
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	<b>Hörscreening:</b>	<b>zuständig:</b>
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> +	<input type="checkbox"/> Wiederholungs- untersuchung	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt	TE OAE: bds. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
		AABR: bds. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> aufällig