

Согласие родителей и заявление о неразглашении врачебной тайны - в отношении скрининга слуха новорождённых

Сбор, передача, обработка и хранение персональных данных осуществляются в соответствии с рекомендациями уполномоченного по защите данных федеральной земли Северный Рейн – Вестфалия и в рамках действующих законов о защите информации, включая: **EU-DSGVO**, **DSG-NRW** (Закон о защите персональных данных земли Северный Рейн – Вестфалия) и **GDSG NRW** (Закон о защите данных в сфере здравоохранения земли Северный Рейн – Вестфалия). Централизованная база данных находится в ведении Центра скрининга слуха Северного Рейна – Вестфалии при Университетской клинике г. Кёльн. Уполномоченный по защите данных: datenschutz@uk-koeln.de.

Информацию для родителей можно получить у медицинского персонала родильного дома. Актуальная информация также доступна на официальном сайте: <https://www.hoerscreening-nordrhein.de>
Данные хранятся в Центре скрининга слуха Северного Рейна-Вестфалии. Вы можете в любое время отозвать свое согласие на обработку данных, собранных в рамках скрининга слуха новорожденных, с действием на будущее, обратившись в учреждение, в котором оно было дано. В случае отзыва согласия учреждение, проводящее скрининг, обязуется незамедлительно проинформировать об этом Центр скрининга слуха Северного Рейна-Вестфалии.

Name durchführende Einrichtung/ Krankenhaus:
(Stempel)

Я/Мы, госпожа/господин, семья: _____
(напишите имя печатными буквами)

Место жительства: _____

адрес: улица, почтовый индекс, город : _____

Тел. _____

Прочитал(а)/Прочитали задание на исследование и информацию для родителей и понял(а)/поняли. Я/Мы даём согласие на проведение обследования слуха новорождённых для моего/нашего ребёнка:

_____ родился : _____
Имя ребёнка

Согласен (Untersuchung einverstanden) ☐

Не согласен (Untersuchung nicht einverstanden) ☐

Место и дата: _____ Подпись: _____
(мать / отец / опекун — заполнить)

Я/Мы даём согласие на передачу, обработку и хранение персональных данных, полученных в рамках скрининга слуха новорождённых, а также на взаимное освобождение сторон от обязательства соблюдать врачебную тайну в отношении моего/нашего ребёнка:

_____ Дата рождения: _____
Имя ребёнка

Согласен (Datenübermittlung einverstanden) ☐

Не согласен (Datenübermittlung nicht einverstanden) ☐

Место и дата: _____ Подпись: _____
(мать / отец / опекун — заполнить)