

Eğer tarama testindeki bütün tetkikleri kabul ediyorsanız lütfen arka sayfadaki muvafakat beyanını imzalayınız. Sadece tarama programındaki bütün tetkikleri tamamen onaylamak istemiyorsanız bu sayfayı doldurunuz.

Çocuğun adı: _____

Name des Kindes

Doğum tarihi: _____

(veya etiket)

Geburtsdatum oder Klebeetikett

Yenidoğan doğuştan metabolizmal hastalıklar/hormon bozuklukları ve kistik fibrozis tarama testi hakkında bilgilendirildim. Çocuğum için tarama testinin belli bölümlerinin reddi halinde ortaya çıkabilecek muhtemel negatif sonuçlar hakkında aydınlatıldım.

Ich wurde über das Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten/Hormonstörungen und das Neugeborenencreening auf Mukoviszidose aufgeklärt. Ich wurde auf die möglichen negativen Folgen für mein Kind bei Ablehnung einzelner Teilbereiche des Neugeborenencreenings hingewiesen.

Ayrıştırıcı muvafakat beyanı

(Lütfen onaylandığınız her maddeyi imzalayınız)

Aşağıda belirtilen tetkiklerin yapılmasını ve bunlar için gerekli bilgilerin iletilmesini kabul ediyorum:

Ich bin mit der Durchführung folgender Untersuchungen und der Übermittlung der hierfür vorgesehenen Angaben einverstanden:

Yenidoğan doğuştan metabolizmal hastalıklar ve hormon bozuklukları tarama testi (sayfa 2-3)

Neugeborenencreening auf angeborene Stoffwechselkrankheiten- und Hormonstörungen (Seite 2-3)

Tarih, ad ve soyadı, çocuk üzerinde velayet hakkına sahip şahıslardan en az birinin imzası

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

Yenidoğan kistik fibrozis tarama testi (sayfa 5-6)

Neugeborenencreening auf Mukoviszidose (Seite 5-6)

Tarih, ad ve soyadı, çocuk üzerinde velayet hakkına sahip şahıslardan en az birinin imzası

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

Yenidoğan tarama testinde şüpheli bir bulgu olması halinde, ilgili merkezin Heidelberg Tarama Merkezi'ne tetkikler tamamlanıncaya kadar veri aktarımında bulunulmasını kabul ediyorum. (Datenübermittlung Tracking).

Für den Fall, dass sich ein abklärungsbedürftiger Befund des Neugeborenencreenings ergibt, bin ich mit der Datenübermittlung durch das weiterbetreuende Zentrum an das Screeningzentrum Heidelberg bis zur Abklärung der Befunde einverstanden (Datenübermittlung Tracking).

Tarih, ad ve soyadı, çocuk üzerinde velayet hakkına sahip şahıslardan en az birinin imzası

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift mind. eines/r Personensorgeberechtigten

Tarih, ad ve soyadı, bilgilendiren doktorun imzası (§ 8 Abs. 1 GenDG yasasına göre)

Datum, Name in Druckschrift, Unterschrift des aufklärenden Arztes gemäß § 8 Abs. 1 GenDG

Bu muvafakat beyanı kan örneğini gönderende kalır.

Yenidoğan tarama testinin kabulü ya da belirli bölümlerinin reddi yenidoğan tarama testinin filtre kağıdındaki öngörülen yerlerde belirtilmelidir.

Diese Einverständniserklärung verbleibt beim Einsender der Probe. Die Zustimmung zum Neugeborenencreening bzw. Ablehnung einzelner Teilbereiche des Screeningprogrammes muss auf der Filterpapierkarte für das Neugeborenencreening in den vorgesehenen Feldern vermerkt werden.