



Doküman Kodu: HD.RB.205

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Hastanın Adı, Soyadı:

Randevu Tarih ve Saati:

Doğum Tarihi:

Dosya no:

Cinsiyeti:

T.C. Sağlık Bakanlığı
Yenidoğan İşitme Taraması Ünitesi Sonuç Kartı
EBEVEYN RIZA BEYANI

Yenidoğan bebeklere uygulanan işitme tarama testi ile ilgili açıklamaları aldım ve yeterince bilgilendim.

Çocuğumun tarama testine tabi tutulmasını ve testle ilgili yapılacak tüm işlemleri kabul ediyorum.

Tarama testi yaptırmadığım takdirde çocuğum için ortaya çıkabilecek muhtemel negatif sonuçlar, " İşitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda işitme kaybının çocuğun konuşma gelişimini etkilemesi , psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı birey olamayacağı konusunda" aydınlatıldım. Buna rağmen çocuğumun tarama testinin yapılmasını **red ediyorum.**

Tarih:...../...../.....

Çocuk üzerinde velayet hakkına sahip olanlardan en az birinin adı, soyadı, imzası

.....

Hastanın Adı, Soyadı:

Randevu Tarih ve Saati:

Doğum Tarihi:

Dosya no:

Cinsiyeti:

T.C. Sağlık Bakanlığı
Yenidoğan İşitme Taraması Ünitesi Sonuç Kartı
EBEVEYN RIZA BEYANI

Yenidoğan bebeklere uygulanan işitme tarama testi ile ilgili açıklamaları aldım ve yeterince bilgilendim.

Çocuğumun tarama testine tabi tutulmasını ve testle ilgili yapılacak tüm işlemleri kabul ediyorum.

Tarama testi yaptırmadığım takdirde çocuğum için ortaya çıkabilecek muhtemel negatif sonuçlar, " İşitme kaybıyla doğan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı ortaya çıkan çocuklarda işitme kaybının çocuğun konuşma gelişimini etkilemesi , psikolojik ve sosyal açıdan sağlıklı birey olamayacağı konusunda" aydınlatıldım. Buna rağmen çocuğumun tarama testinin yapılmasını **red ediyorum.**

Tarih:...../...../.....

Çocuk üzerinde velayet hakkına sahip olanlardan en az birinin adı, soyadı, imzası

.....