



**Universitätsklinikum
Carl Gustav Carus**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
Klinik und Poliklinik für HNO-Heilkunde

Trackingstelle Hörscreening
Fetscherstraße 74
01307 Dresden

Rückfragen unter
Tel.: 0351 458-3988 oder Fax: 0351 458-5891

gültig ab
01.09.2026

Name des Kindes: _____ geboren am: _____

NEUGEBORENEN-HÖRSCREENING

Einwilligungserklärung

- ☐ Wir stimmen der Durchführung eines Hörtests bei unserem Kind im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings zu und sind einverstanden, dass **bei einem auffälligen Test** unsere Adresse an die Projektstelle Hörscreening an der HNO-Klinik des Universitätsklinikums Dresden zur Benachrichtigung weitergegeben wird.
Die Einwilligung zur Datenspeicherung kann jederzeit widerrufen werden. Der Widerruf ist schriftlich unter Angabe des Namens Ihres Kindes an die o. g. Stelle zu richten.
- ☐ Wir stimmen zwar der Durchführung des Hörtests bei unserem Kind zu, lehnen aber eine Datenübermittlung ab. Uns ist bewusst, dass wir bei auffälligen Befunden selbst auf die Durchführung der Kontrolluntersuchung achten müssen.
- ☐ Wir lehnen die Durchführung eines Hörtests bei unserem Kind im Rahmen des Neugeborenen-Hörscreenings ab. Über eventuelle gesundheitliche Folgen wurden wir aufgeklärt.

Datum, Unterschrift mindestens eines/r Personensorgeberechtigten

Name in Klargchrift

– Zum Verbleib in der Patientenakte! –