



**YENİDOĞAN İŞİTME TARAMASI  
ÜNİTESİ SONUÇ KARTI EBEVEYN  
RIZA BEYANI**

Dokuman No:	YDY.RB.04
Yayın Tarihi:	02.01.2015
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa no:	1/1

Anne Ad, Soyad:
Anne T.C.Kimlik No:
Bebek Ad Soyad:
Protokol No:
Test Tarihi:
Testin Yapıldığı Doğumevi Hastane: Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi

**TESTİ GEÇTİ**

**SEVK GEREKİR**

	Sağ Kulak	Sol Kulak	Sağ Kulak	Sol Kulak
Tarama TEOAE:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarama ABR :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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