

تتبع فحص السمع لحديثي الولادة

QiG BW GmbH

في حالة معالجة البيانات بنحو يخالف القانون، يحق لك تقديم شكوى إلى السلطة الرقابية التالية:

مفوض الولاية لحماية البيانات وحرية المعلومات في بادن فورتمبرغ

صندوق بريد 32 29 10 Stuttgart 70025

هاتف: 0711 615541-0، فاكس: 0711 615541-15

البريد الإلكتروني: poststelle@lfdi.bwl.de

الموقع الإلكتروني: http://www.baden

wuerttemberg.datenschutz.de

الحق في الإلغاء

إنّ المشاركة في تتبّع فحص السمع لحديثي الولادة أمر تطوعي. ويمكنك في أي وقت سحب موافقتك المسبقة. يكفي تقديم رسالة بسيطة إلى موظفي مستشفى الولادة أو إرسال الرسالة بعد الخروج من المستشفى إلى مركز التتبع أو معهد QiG BW GmbH (موجّهة إلى الأشخاص المسؤولين المذكورين أعلاه). وفي هذه الحالة، سُنحَدَف جميع البيانات الشخصية (أي: البيانات الشخصية للأم والطفل) في مكتب QiG BW GmbH وفي مركز التتبع لفحص السمع لحديثي الولادة في هايدلبرغ. وفوق ذلك، سُنحَدَف أيضًا نتائج اختبار طفلكم المرسلّة إلى مركز التتبع.

العنوان:

فحص السمع لحديثي الولادة

مركز التتبع في بادن فورتمبرغ

مركز الأيض ديتمار هوب في هايدلبرغ

Im Neuenheimer Feld 669

Heidelberg 69120

هاتف: 06221 – 56 6315

فاكس: 06221 – 56 6532

البريد الإلكتروني: neugeborenen.hoerscreening@med.uni-

heidelberg.de

الأشخاص المسؤولون عن جمع البيانات الشخصية كجزء من فحص السمع لحديثي الولادة في هايدلبرغ هم:

البروفيسور الدكتور الطبيب الحامل للدكتوراة الفخرية (RCH)

جورج ف هوفمان

هاتف: +06221 56-4002

البريد الإلكتروني: georg.hoffmann@med.uni-heidelberg.de

الأستاذ الدكتور الطبيب الحامل للدكتوراة الفخرية بيتر ك بليكرت

هاتف: +06221 56-6998

البريد الإلكتروني: peter.plinkert@med.uni-heidelberg.de

تتوفر معلومات إضافية حول جمع البيانات ومعالجتها في مركز التتبع في هايدلبرغ تحت هذا الرابط:

<https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Tracking-Neugeborenenhoerscreening.144070.0.html>

الشخص المسؤول عن جمع البيانات الشخصية كجزء من فحص السمع لحديثي الولادة في معهد QiG BW GmbH هو:

معهد ضمان الجودة في القطاع الصحي في ولاية بادن فورتمبرغ

ش.ذ.م.م. (QiG BW GmbH)

Birkenwaldstraße 151, 70191 Stuttgart

www.qigbw.de

هاتف: 0711 184278-00

فاكس: 0711 184278-29

البريد الإلكتروني: bruder@qigbw.de

تتوفر معلومات إضافية حول جمع البيانات ومعالجتها في QiG BW GmbH تحت هذا الرابط:

www.qigbw.de

في حالة وجود استفسارات بشأن معالجة البيانات والامتثال لمتطلبات حماية البيانات، يمكنك الاتصال بمسؤولي حماية البيانات في المؤسسة على هذا العنوان:

مسؤول (مسؤولو) حماية البيانات

المستشفى الجامعي هايدلبرغ

Im Neuenheimer Feld 672, 69120 Heidelberg

البريد الإلكتروني: Datenschutz@med.uni-heidelberg.de

مسؤول (مسؤولو) حماية البيانات

البريد الإلكتروني: datenschutz@qigbw.de



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

تتبع فحص السمع لحديثي الولادة
بدعم من وزارة
وزارة الشؤون الاجتماعية والاندماج
بتمويل من ولاية
بادن فورتمبرغ

إعلان الموافقة على تتبع فحص السمع لحديثي الولادة

إذا وافقت على إجراء تتبع فحص السمع لحديثي الولادة على طفلك، فيرجى التوقيع على هذه الصفحة.

لقد قرأت/قرأت أنا نشرة المعلومات والإشارة إلى مزيد من المعلومات، وقبولت أيضًا أسئلتني/أسئلتنا بالرد في العيادة التالية

حقل نصي مخصص للمستشفى بالعنوان والبريد الإلكتروني

أطلعت/اطلعنا على الهدف من تتبع فحص السمع لحديثي الولادة وتسلسل إجراءاته بالتفصيل وفهمتها/وفهمناها.

أوافق/نوافق على المشاركة الطوعية في تتبع فحص السمع لحديثي الولادة. وكان لدي/لدينا الوقت الكافي لاتخاذ القرار. ولقد حصلت/حصلنا على نسخة من ورقة المعلومات وإعلان الموافقة.

أدرك/ندرك أن بيانات شخصية سيتعين معالجتها أثناء تتبع فحص السمع لحديثي الولادة. تتم معالجة البيانات وفقًا لأحكام قانونية، وتستلزم الموافقة على إعلان الموافقة التالي، عملاً بما ورد في البند (أ) من الفقرة (1) من المادة 6 من أحكام مرسوم حماية البيانات العام "GDPR": لقد أبلغت/أبلغنا ووافقنا/ووافقنا طوعاً على أن تخضع البيانات التي تُجمع في هذه الدراسة للتوثيق والتحليل، لا سيما البيانات التي تخص صحتي وصحة طفلي، تحقيقاً للأغراض المذكورة في ورقة المعلومات، مع بيانات التعريف الشخصية. وستُحذف بيانات التعريف الشخصية هذه بعد مرور 12 شهراً من انتهاء التتبع. أما حذف البيانات المحفوظة باسم مستعار فيتم بعد 10 سنوات. ولا تطلع أطراف خارجية على المستندات المشتملة على بيانات شخصية.

لا نعم

أوافق/نوافق على المشاركة الطوعية لطفلي/لطفلنا في تتبع فحص السمع لحديثي الولادة، وعلى نقل البيانات الشخصية للأم والطفل إلى معهد QiG BW GmbH ومركز التتبع في هايدلبرغ. وأعلم/ونعلم أنه يمكنني/يمكننا إلغاء هذه الموافقة في أي وقت كتابةً أو شفهيًا، دون إبداء أسباب ودون ترئب تبعات على الرعاية الطبية الخاصة لطفلي/لطفلنا.

تاريخ الميلاد

لقب الطفل، الاسم الأول

المكان، التاريخ

لقب الأم/الأب، الاسم الأول (أو اسم الوصي بخط نسخ واضح)

توقيع ولي الأمر