



Многопрофилна болница за активно лечение "Св. Иван Рилски"- Козлодуй ЕООД  
✉ 3320 гр. Козлодуй, обл. Враца, ул. "Св.св. Кирил и Методий" № 1

☎ (0973) Номератор: 8 12 11; 8 04 41; Fax: 8 07 14; Управител: 8 52 00; 8 12 10; Гл. счетоводител: 8 13 22  
e-mail: mba1\_kz@mail.bg

**АКУШЕРО- ГИНЕКОЛОГИЧНО ОТДЕЛЕНИЕ - ☎ 0973 85-221; 85-360**

**ИНФОРМИРАНО СЪГЛАСИЕ ЗА**  
**ПРОВЕЖДАНЕ НА СЛУХОВ СКРИНИНГ НА**  
**НОВОРОДЕНО ДЕТЕ**

.....  
/ Име, презиме, фамилия на майката, бащата или настойник/  
ЕГН: .....

/ на майката, бащата или настойник/

.....  
/Име, презиме, фамилия на детето/

Дата и час на раждането: .....

ИЗ№: .....

**По Клинична пътека № 6 "Грижи за здраво новородено"**

Гестационна възраст: ..... Телесно тегло: .....

Декларирам, че съм съгласна/съгласен/ на детето ми да бъде проведено изследване на слуха чрез апарат за отоакустични емисии. Информирана/информиран/ съм за целта на изследването и начина на провеждането му.

дата: .....

ПОДПИС: .....

/на майката, бащата или настойник/