

DOCUMENT D'IDENTIFICATION

Merci de compléter ce document en lettres MAJUSCULES.
En cas de données manquantes, nous ne pourrons pas procéder à l'analyse de votre test.

Réservé

IDENTIFICATION DU PATIENT

Collez ici une vignette mutuelle

N° du Registre national (obligatoire)

N° repris au verso de votre carte d'identité

Date de réalisation du test : ____/____/____

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code postal : ____ Localité :

Date de naissance : ____/____/____ Sexe : Homme Femme

Je marque mon accord pour l'enregistrement, le suivi et le traitement de mes données de manière anonyme dans le cadre exclusif du programme de dépistage du cancer colorectal.

Les données personnelles sont conservées dans une base de données soumise à la loi du 08/12/1992 relative à la protection de la vie privée. Vous pouvez obtenir plus d'informations à ce sujet sur www.ccref.org, chez votre médecin ou sur simple demande auprès de l'asbl CCR.

Signature précédée de la mention « Pour accord » : Date :

IDENTIFICATION DU MEDECIN POUR L'ENVOI DU RESULTAT

Nom : Docteur

Prénom :

Adresse :

Code postal : ____ Localité :