



## DOCUMENT D'IDENTIFICATION

Réservé

### Vos données personnelles

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 confidentielle dans le cadre exclusif du programme de dépistage du cancer colorectal et de son amélioration.*

*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.brumammo.be/colotest](http://www.brumammo.be/colotest) ou sur simple demande auprès de l'asbl Brumammo.*

Date et Signature précédée de la mention "Pour accord" :

### Votre médecin

Nom : Docteur .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Code postal : \_\_\_\_ Localité : .....



## IDENTIFICATIEDOCUMENT

Voorbehouden

### Uw persoonlijke gegevens

Kleef hier een klever van uw mutualiteit

**Rijksregisternummer (verplicht)**

Nr. op achterkant van uw identiteitskaart

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum van uitvoering van de test: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naam: .....

Voornaam: .....

Straat en nummer: .....

Postcode: \_\_\_\_ Gemeente: .....

Geboortedatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Geslacht:  man  vrouw

*Ik verklaar akkoord te gaan voor de registratie, opvolging en verwerking van mijn gegevens op een vertrouwelijke wijze in het kader van de opsporing naar dikkedarmkanker. Deze persoonlijke gegevens worden bewaard in een database onderworpen aan de wetgeving van 08/12/1992 ter bescherming van uw privacy. Meer informatie kan u vinden op [www.brumammo.be/colotest](http://www.brumammo.be/colotest) of via vzw Brumammo.*

Datum en handtekening (voorafgaand 'voor akkoord'):

### Uw arts

Naam: Dr. ....

Voornaam: .....

Straat en nummer: .....

Postcode: \_\_\_\_ Gemeente: .....