

Formulaire « Renseignements sur les données concernant mon enfant »

En tant que parent ou représentant légal, je souhaite savoir :

- si des données concernant mon enfant figurent dans le registre du cancer de l'enfant.
 quelles données concernant mon enfant figurent dans le registre du cancer de l'enfant.

1. Informations sur mon enfant :

Prénom(s) _____

Nom(s) _____

Sexe féminin masculin autre

Le cas échéant, nom(s) de naissance _____

Numéro d'assuré(e)
(NAVS13*) _____

Date de naissance _____

* Le NAVS13 correspond au numéro à 13 chiffres figurant sur la carte d'assurance-maladie de votre enfant.

2. Mes informations en tant que parent / représentant légal :

Titre Madame Monsieur

Prénom(s) _____

Nom(s) _____

Rue et numéro _____

NPA et localité _____

Numéro de téléphone _____

E-mail _____

3. Informations concernant l'envoi des données

Si des données relatives à votre enfant sont disponibles dans le registre, elles vous parviendront directement et/ou seront envoyées et/ou au médecin traitant – actuellement ou pendant la période concernée (par exemple, à l'oncologue pédiatrique). Le médecin discutera ces informations et leur importance avec vous.

Choisissez s.v.p. l'une des options suivantes :

- a. Les données doivent être envoyées **seulement au médecin traitant**. -> Veuillez indiquer les **informations de contact** du médecin à la section 4 du formulaire.
- b. Les données doivent m'être envoyées **et** elles doivent aussi être envoyées au médecin traitant. -> Veuillez indiquer les **informations de contact** du médecin à la section 4 du formulaire.
- c. Les données doivent être envoyées **seulement à moi**.

Si les données doivent être envoyées (aussi) à vous, sous quelle forme souhaitez-vous les recevoir?

Je souhaite recevoir les données:

sous forme électronique en tant que fichier protégé par un mot de passe (le lien de téléchargement vous sera envoyé par e-mail et le mot de passe vous parviendra par SMS -> Veuillez indiquer votre numéro de téléphone portable dans la section 2.),

OU

sous forme imprimée en tant que lettre recommandée.

4. Informations de contact relatives au médecin traitant – actuellement ou pendant la période concernée (par exemple, à l'oncologue pédiatrique). (Veuillez remplir cette section seulement si vous avez choisi les options « a » ou « b » dans la section précédente) :

Titre Madame Monsieur

Prénom(s) _____

Nom(s) _____

Nom de l'hôpital _____

Rue et numéro _____

NPA et lieu _____

Téléphone _____

E-mail _____

5. Documents à joindre :

- a. Une copie du passeport ou de la carte d'identité de votre enfant
- ET**
- b. Une copie de votre livret de famille ou de ou de la preuve de votre tutelle légale

Lieu et date: _____ Signature des parents
ou du représentant légal: _____