

Formulaire « Renseignements sur les données me concernant »

J'ai 18 ans ou plus et je souhaite savoir :

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

1. Mes informations:

Titre Madame Monsieur

Prénom(s) _____

Nom(s) _____

Le cas échéant, nom(s) de naissance _____

Numéro d'assuré(e) (NAVS13*) _____

Date de naissance _____

Rue et numéro _____

NPA et localité _____

Numéro de téléphone _____

E-mail _____

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

2. Informations concernant l'envoi des données

Si des données vous concernant sont disponibles dans le registre, elles vous parviendront directement et/ou seront envoyées 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 1.),

OU

sous forme imprimée en tant que lettre recommandée.

3. 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 _____

4. Documents à joindre:

- Une copie de votre passeport ou de votre carte d'identité

Lieu et date: _____

Signature de la patiente/du patient: _____