

# IDENTIFICATIEDOCUMENT

Gelieve dit document in HOOFDLETTERS in te vullen.  
In het geval van ontbrekende gegevens, zullen wij uw test niet kunnen analyseren.

Voorbehouden

## IDENTIFICATIE VAN DE PATIËNT

Kleef hier een vignet  
van de mutualiteit

**Rijksregisternummer (verplicht)**

*Nr op de achterkant van uw identiteitskaart*

\_\_\_\_\_

Uitvoeringsdatum van de test : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Naam : .....

Voornaam : .....

Adres : .....

Postcode : \_\_\_\_ Plaats : .....

Gebortedatum : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Geslacht :  Man  Vrouw

Ik geef mijn goedkeuring voor het opslaan, opvolgen en behandelen van mijn gegevens, op anonieme wijze en enkel in het kader van het opsporingsprogramma van dikkedarmkanker.

De persoonlijke gegevens zullen bewaard blijven in een gegevensbestand dat onderhevig is aan de wet van 08/12/1992 inzake de bescherming van de privacy. U vindt meer informatie over dit onderwerp op [www.ccref.org](http://www.ccref.org), bij uw huisarts of op eenvoudig verzoek bij de asbl CCR.

Handtekening voorafgegaan door de vermelding "Voor akkoord": ..... Datum : .....

## IDENTIFICATIE VAN DE ARTS VOOR HET VERSTUREN VAN HET RESULTAAT

Naam : Dokter .....

Voornaam : .....

Adres : .....

Postcode : \_\_\_\_ Plaats : .....