BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

Vlaanderen is zorg

FORMULARIO DE PARTICIPACIÓN

Si envía la muestra junto con este formulario de participación, acepta que el resultado de la prueba se le envíe a usted y a su médico de familia, que estos datos se almacenen y utilicen (exclusivamente) en el marco de los programas de detección del cáncer de mama, de cuello uterino y de colon, así como en el marco de la evaluación del proceso.

PUNTOS IMPORTANTES:

* **Este formulario es personal y está destinado únicamente a usted.**
* **Para entregar el resultado son necesarios los datos de un médico.**
* **No adjunte nada a este formulario.**
* **Utilice un bolígrafo azul o negro.**
* **Solo debe participar con el test que ha recibido ahora y con este formulario de participación.**
* **No envíe pruebas sin usar o vacías.**

Envíe este formulario de participación junto con la muestra en el sobre acolchado. De lo contrario, sus heces no se podrán analizar.

La fecha en la que se tomó la muestra: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *

(* campo obligatorio)

Tenemos los siguientes datos sobre usted:

SU NÚMERO DE TELÉFONO:

SU CORREO ELECTRÓNICO:

SU MÉDICO DE FAMILIA:

* **¿Son correctos?** Si son correctos, no escriba nada en las siguientes casillas. Solo tiene que introducir la fecha que aparece arriba. Su dirección de correo electrónico está preimpresa en mayúsculas, pero no tiene que cambiarla a minúsculas.
* **¿Faltan datos o los datos son incorrectos?**

En ese caso, SOLO debe escribir los datos que desee añadir o modificar en LETRAS MAYÚSCULAS en las siguientes casillas.

Su número de teléfono (preferentemente, su número de teléfono móvil):

Su correo electrónico:

@

El nombre de su médico de familia/otro médico:

El apellido de su médico de familia/otro médico:

La calle de su médico de familia/otro médico:

El número de la calle de su médico de familia/otro médico:

El código postal de su médico de familia/otro médico:

¡GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN!

35139

DDK_V1.13