BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

Vlaanderen is zorg

ФОРМА УЧАСТИЯ

Если вы отправляете образец вместе с данной формой участия, вы соглашаетесь, что результат будет отправлен вам и вашему терапевту/врачу, что эти данные будут сохранены и что они могут (исключительно) использоваться в контексте программ скрининга рака груди, шейки матки и толстой кишки и оценки процесса.

НА ЧТО СЛЕДУЕТ ОБРАТИТЬ ВНИМАНИЕ:

* **Эта форма является личной и предназначена только для вас.**
* **Для получения результата необходимы данные врача.**
* **Не прикрепляйте ничего к этой форме.**
* **Используйте синюю или черную шариковую ручку.**
* **Участвуйте только с тем тестом, который вы сейчас получили, и с этой формой участия.**
* **Пожалуйста, не присылайте неиспользованные или пустые тесты.**

Отправьте эту форму вместе с образцом в мягком конверте. В противном случае ваш кал не сможет быть исследован.

Дата взятия образца: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *

(* обязательное поле)

У нас есть следующая информация о вас:

ВАШ НОМЕР ТЕЛЕФОНА:

ВАШ E-MAIL:

ВАШ ТЕРАПЕВТ:

* **Эти данные верны?** Тогда, пожалуйста, не пишите ничего в полях ниже. Просто впишите дату выше. Ваш адрес электронной почты предварительно напечатан заглавными буквами, но вы не обязаны менять их на строчные.
* **Данные отсутствуют или неверны?**

В этом случае напишите ТОЛЬКО те данные, которые вы хотите добавить или изменить, ЗАГЛАВНЫМИ БУКВАМИ в полях ниже.

Ваш номер телефона (желательно номер мобильного телефона):

Ваш e-mail:

@

Имя вашего терапевта/врача:

Фамилия вашего терапевта/врача:

Название улицы вашего терапевта/врача:

Номер дома вашего терапевта/врача:

Почтовый код вашего терапевта/врача:

СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ!

35139