BEVOLKINGS ONDERZOEK DIKKEDARM KANKER

Vlaanderen is zorg

KATILIM FORMU

Bu katılım formu ile birlikte numuneyi gönderirseniz, sonucun size ve aile hekiminize/doktorunuza gönderileceğini, bu verilerin saklanacağını ve (münhasıran) meme, rahim ağzı ve kolon kanseri tarama programları ve süreç değerlendirmesi bağlamında kullanılabileceğini kabul etmiş olursunuz.

DIKKAT EDILECEK NOKTALAR:

* **Bu form kişiye özeldir ve sadece sizin için hazırlanmıştır.**
* **Sonucu vermek için bir doktorun bilgileri gereklidir.**
* **Bu forma herhangi bir şey eklemeyin.**
* **Mavi veya siyah tükenmez kalem kullanın.**
* **Sadece şimdi aldığınız testle ve bu katılım formuyla katılın.**
* **Lütfen kullanılmamış veya boş testleri göndermeyin.**

Bu formu numune ile birlikte kapalı zarf içinde gönderin. Aksi takdirde dışkınız incelenemez.

Numuneyi aldığınız tarih: ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐ *

(* zorunlu alan)

Hakkınızda aşağıdaki bilgilere sahibiz:

TELEFON NUMARANIZ:

E-POSTANIZ:

GP'NİZ:

* **Bunlar doğru mu?** O zaman lütfen aşağıdaki kutulara hiçbir şey yazmayın. Yukarıdaki tarihi girmeniz yeterlidir. E-posta adresiniz önceden büyük harflerle basılmıştır, ancak bunu küçük harfe çevirmek zorunda değilsiniz.
* **Eksik ya da yanlışlar var mı?**

Ardından, eklemek veya düzenlemek istediğiniz ayrıntıları SADECE BÜYÜK HARFLERLE aşağıdaki kutulara yazın.

Telefon numaranız (tercihen cep telefonu numaranız):

E-postanız:

@

GP/doktorunuzun adı:

GP/doktorunuzun soyadı:

GP/doktorunuzun cadde adı:

GP/doktorunuzun ev numaranız:

GP/doktorunuzun posta kodu:

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ!

35139

DDK_V1.13