

Formulaire de refus du patient

Après avoir été informé(e) sur les objectifs du Registre National du Cancer et sur la protection des données à caractère personnel dont je pourrais bénéficier,

Je soussigné(e)

Nom de naissance :

Prénom :

Né(e) le :

Lieu de naissance :

Matricule :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

refuse que mes données soient incluses dans le Registre National du Cancer.
Ma décision a été prise en toute liberté de conscience sans avoir subi de pressions par mon entourage ou les professionnels me prenant en charge.

Je suis informé(e) que mon refus n'entraîne aucun préjudice pour moi et ne porte pas atteinte à mon droit à recevoir des soins de santé appropriés.

Je certifie avoir pris connaissance que les données minimales d'identification prévues par le règlement grand-ducal, disponible sur le site Internet www.rnc.lu, seront transmises au Registre National du Cancer, afin de garantir mon droit de refus.

Fait à : le

Signature

Ce formulaire de refus est à transmettre :

- soit au médecin qui prend en charge votre cancer,
- soit au médecin responsable opérationnel du Registre National du Cancer, par courrier :

*Dr Sophie COUFFIGNAL
Registre National du Cancer
Luxembourg Institute of Health
1 a-b, rue Thomas Edison
L-1445 Strassen
Luxembourg*