

Widerspruchsformular

Nachdem ich über die Ziele des Nationalen Krebsregisters sowie über den Schutz der personenbezogenen Daten, der im Falle einer Erfassung meiner Daten im Nationalen Krebsregister Anwendung finden würde, unterrichtet wurde,

erkläre ich, der/ die Unterzeichnende

Geburtsname : Vorname :

Geboren am:

in:

Sozialversicherungsnummer:

Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich

dass ich einer Erfassung meiner Daten im Nationalen Krebsregister widerspreche.
Meine Entscheidung habe ich mit voller Gewissensfreiheit und frei von Zwang durch mein Umfeld oder das mich behandelnde Fachpersonal getroffen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Verweigerung keinerlei Nachteile für mich mit sich bringt und mein Recht auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung nicht beeinflusst.

Ich bestätige, dass ich davon Kenntnis genommen habe, dass die von der nationalen Verordnung genannten Mindestidentifikationsangaben (abrufbar auf der Website www.rnc.lu) dem Nationalen Krebsregister übermittelt werden, damit mein Widerspruchsrecht berücksichtigt werden kann.

Geschehen zu: am

Unterschrift des Patienten/ der Patientin

Dieses Formular ist zu übermitteln:

- entweder dem Arzt, der Ihren Krebs behandelt,
- oder dem Arzt, der operativ für das Nationale Krebsregister verantwortlich ist, per Post:

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