

Formulário de recusa do paciente

Após ter sido informado/a quanto aos objetivos do Registo Nacional do Cancro e quanto à proteção dos dados individuais de que poderei beneficiar,

Eu, abaixo assinado/a,

Apelido:

Nome próprio:

Data de nascimento:

Local de nascimento:

N.º de Segurança Social:

Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

recuso que os meus dados sejam incluídos no Registo Nacional do Cancro.

A minha decisão foi tomada em total liberdade de consciência sem ter sofrido pressões por parte da minha família/meus próximos ou dos profissionais de saúde responsáveis.

Compreendo que a minha recusa não me causa qualquer dano e que não afeta o meu direito de receber cuidados de saúde adequados.

Certifico ter tomado conhecimento que os dados mínimos d'identificação, previsto pelo regulamento Grão-Ducal, disponível no sítio de Internet www.rnc.lu, serão transmitidos ao Registo Nacional do Cancro, para garantir o meu direito a recusar.

Redigido em:

à data de:

Assinatura:

Este formulário de recusa deve ser transmitido :

- ao médico que acompanha o seu cancro
- ou ao médico responsável operacional do Registo Nacional do Cancro, por correio:

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