



Belgian Polyposis Project
Hereditary Colorectal Cancer Project

Leuvensesteenweg - 479 – Chaussée de Louvain
Brussel - 1030 – Bruxelles
Info@belgianfapa.be
TEL: 02/743.45.94 – FAX: 02/734.92.50

GEINFORMEERDE TOESTEMMING IN GEVAL VAN POLYPOSIS	CONSENTEMENT ECLAIRE DANS LE CAS DE POLYPOSE
<p>Hierbij verklaart ondergetekende :</p> <p>Naam :</p> <p>Voornaam :</p> <p>M/V :</p> <p>Geboortedatum :/...../.....</p> <p>Adres:</p> <p>Telefoonnummer:</p>	<p>Le soussigné déclare :</p> <p>Nom de famille :</p> <p>Prénom :</p> <p>M/F :</p> <p>Date de naissance :/...../.....</p> <p>Adresse :</p> <p>Numéro de téléphone :</p>
<p>akkoord te gaan / niet akkoord te gaan (schrappen wat niet past) met de verwerking (opvragen, registratie en behoud) van zijn/haar persoons-, genetische en medische gegevens in het FAPA-register.</p>	<p>être d'accord / ne pas être d'accord (biffer la mention inutile) pour le traitement de ses données personnelles, médicales et génétiques (collecte, enregistrement et conservation) dans le registre de la FAPA.</p>
<p>De verwerking van deze gegevens zal op volledig anonieme wijze gebeuren.</p>	<p>Le traitement de ces données se fera de manière totalement anonyme.</p>
<p>Hij/zij behoudt het recht :</p> <ul style="list-style-type: none">- opname van zijn/haar gegevens in de registratie te weigeren- inzage te krijgen in de over hem/haar opgenomen gegevens- onjuiste gegevens te doen verbeteren- op zijn/haar persoon betrekking hebbende gegevens te doen vernietigen	<p>Il a le droit :</p> <ul style="list-style-type: none">- de refuser l'enregistrement de ses données- d'avoir accès aux données qui le concernent- de corriger les données incorrectes- de faire détruire les données qui le concernent
<p>Indien nodig kan een Ethische Commissie geraadpleegd worden</p>	<p>Si nécessaire, un Comité d'Ethique peut être consulté</p>
<p>Naam geneesheren :</p>	<p>Nom des médecins :</p>
<p>Datum :</p>	<p>Date :</p>
<p>Handtekening(en) : (indien minderjarig, handtekening ouder of voogd <u>en</u> minderjarig)</p>	<p>Signature(s) : (si mineur, la signature des parents ou du tuteur <u>ainsi que</u> celle du mineur sont nécessaires)</p>

Gelieve het formulier in tweevoud in te vullen en 1 exemplaar, ondertekend, terug te sturen naar FAPA
Veuillez remplir le formulaire en double exemplaire, en garder un pour vous et renvoyer le second signé à FAPA s.v.p.

FAPA garandeert de anonimiteit van de gegevens betreffende de patiënten (Familiale adenomateuze polypose en Lynch syndroom).

FAPA is geregistreerd bij de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer onder het nummer 001299503

FAPA respecte l'anonymat des données concernant les patients porteurs de polypose adénomateuse familiale ou du syndrome de Lynch.

FAPA est enregistrée auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée sous la référence 001299503.