FORMULAIRE DE REFUS DE PRÉSENTATION DE MON DOSSIER À LA

RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE (RCP)

Merci de remplir les cases ci-dessous :

☐ Mme ☐ Melle ☐ Mr

Prénom

Nom

Date de naissance*

Jour Mois Année

Matricule

Année Mois Jour

☐ Je m'oppose à ce que mon dossier soit présenté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire.

Après avoir pris connaissance de la note d'information concernant la RCP, je suis conscient(e) du fait que mon refus pourrait entraver l'échange et le partage d'informations en rapport avec ma maladie, entre les différents professionnels de santé qui me prennent en charge. Je suis informé(e) que mon refus ne porte pas atteinte à mon droit à recevoir des soins de santé appropriés.

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.

Mes commentaires :

Fait à _____ le _____

Signature du patient _____ Refus recueilli par _____

Signature et cachet du professionnel de santé

Plan Cancer Lux

LE GOUVERNEMENT DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé
Direction de la santé