

FORMULAIRE NOUVEAU PATIENT·E

AVEC DÉCLARATION DE CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DES DONNÉES

Nom, Prénom

Adresse

NPA, Localité

Médecin traitant

Autre médecin / thérapeute

Assurance complémentaire

Profession ou occupation, taux d'activité

Age / taille / poids

Allergies ou intolérances connues

Maladies principales actuelles

Médication et/ou compléments alimentaires actuels

Motif(s) de consultation

Date de naissance

Etat civil

Nationalité

Téléphone

E-Mail

No AVS

Représentation (à compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus)

Parents / Représentant légal

Prénom

Nom

Adresse

Téléphone

NPA, Localité

E-mail

La loi sur la protection des données stipule que le traitement des données de santé est soumis par principe au consentement exprès du/de la patient-e. Pour répondre à cette obligation légale, vous êtes tenu-e de donner ci-après votre consentement avec votre signature au verso de la présente.

Les rendez-vous qui n'ont pas été décommandés au plus tard 24 heures à l'avance peuvent vous être facturés. Merci de me prévenir suffisamment tôt en cas d'empêchement.

Je consens explicitement au traitement de mes données, à leur consultation par la/le thérapeute, et à leur transmission aux destinataires suivants.

Données de laboratoire	Données patient-es avec le sang, les urines, les selles, la microbiologie, l'histologie	Laboratoires, autres médecins/ thérapeutes, hôpitaux	Investigations et traitement médical, inclus analyses
Constatations	Résultats d'examens	Autres médecins / thérapeutes, hôpitaux, professionnel-les et établissements de santé, pharmacies (e-ordonnance)	Information ciblée pour d'autres investigations/traitements médicaux efficaces
Données patient-es	Dossier patient-e	Autres médecins / thérapeutes, pharmacies (e-ordonnance inclus) et au sein du cabinet, prestataires de services comptables	Documentation Facturation
Données de base et données relatives au traitement	Données pour l'affectation, le traitement et la facture	Prestataires de services comptables, assurances	Traitement des données pour la facturation
Facturation, données de décompte et de règlement	Facturation du traitement et des prestations, relances et autres traitements comptables	Service de recouvrement choisi par le cabinet, fournisseurs sélectionnés de logiciels et d'informations pour les cabinets, assistance informatique	Facturation dans le respect des exigences légales et contractuelles, développement des technologies de l'information, contrôles de solvabilité
Données financières et de facturation	Données pour la facturation et la bonne tenue de la comptabilité	Comptabilité et prestataires de services de facturation	Établissement des factures et comptabilité

Autres données

Je connais les risques éventuels liés aux échanges de données personnelles sensibles (consultation par des tiers non autorisés lors de l'utilisation de moyens de communication peu sécurisés), ainsi que mes droits. Je donne mon consentement pour un contact réciproque entre mon thérapeute et moi-même, en tant que patient-e, avec les coordonnées mentionnées plus haut. Cette autorisation s'applique aussi aux échanges de données au sein du cabinet, ainsi qu'aux suppléant-es. Je donne également mon accord pour l'utilisation de QR codes, ainsi que pour les recommandations thérapeutiques avec signature numérique ou électronique. Par principe, mes données sont exclusivement stockées en Suisse. Pour le contrôle de solvabilité, mes données personnelles peuvent être transmises à un service de recouvrement et y être stockées.

Par mesure de simplicité, la notification relative à la copie de la facture me parviendra à l'adresse électronique que j'ai communiquée, sachant que les noms de ma/mon thérapeute et du cabinet figureront dans l'e-mail pour me faciliter la lecture. En conséquence, j'accepte que ces copies, ainsi que mes demandes administratives comme les reports de rendez-vous, soient effectuées via la communication par messagerie électronique / messages écrit type sms ou autre application d'échange que j'ai indiquée (@adresse du cabinet sécurisée vers l'adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

Traitement des factures

En signant ce formulaire, je consens à une éventuelle facturation électronique ou sur papier.

Retard de paiement

À défaut de m'acquitter de mon obligation de règlement dans le délai imparti, ou si je renonce à une objection motivée, je serai en retard de paiement, sans relance préalable, à l'expiration de ce délai. Le-la professionnel-le de santé peut à tout moment faire appel à un tiers pour le recouvrement. Les frais occasionnés par le retard de paiement sont alors à ma charge.

Sur la base des éléments figurant ci-dessus, ainsi que d'éventuelles déclarations orales complémentaires, j'accepte, en apposant ma signature, que mes données personnelles soient traitées et transmises en conformité avec la protection des données. Il m'a été précisé que mon consentement pouvait être retiré à tout moment, totalement ou en partie, sans compromettre la légalité du traitement effectué en amont sur la base de mon consentement initial. Le retrait doit être impérativement effectué par écrit. De plus, ma demande de suppression n'entraîne pas, par principe, un effacement, puisque la loi oblige le-la professionnel-le de santé ou le cabinet à conserver mes données. Par conséquent, la demande de suppression ne donnera lieu à l'effacement de mes données auprès du/de la professionnel-le de santé ou du cabinet qui me suit, que dans un cas exceptionnel justifié, lors d'une annulation confirmée. Parallèlement, je libère dans ce cas par la présente le-la professionnel-le de santé qui me suit de son obligation légale de conservation.

Je consens expressément à ce que mes données anonymisées soient utilisées à des fins de formation.

Oui ☐ Non ☐

☐ Il m'a été indiqué que le document « Information aux patient-es sur le traitement des données personnelles » est à ma disposition.

Date

Signature