

Bienvenue à l'etzelclinic !

| | |
|--|---|
| nom | prénom |
| rue | NPA, localité |
| Date de naissance | email |
| Privé ① | mobile |
| profession | |
| employeurs | téléphone professionnel ① |
| Allergies? | |
| Médicaments? | |
| attribution? Si c'est le cas, docteur? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Médecin de famille |

| | | |
|---------------------|--|--|
| Base de Traitement: | gauche <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> | maladie <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> |
|---------------------|--|--|

| | |
|---|--|
| caisse maladie | |
| Carte numéro 607... | AHV numéro : |
| assurance comp. | |
| Carte numéro d'assurance comp. 607... | |
| assurance-hospitalisation | privée <input type="checkbox"/> demi-privée <input type="checkbox"/> généralement toute la CH <input type="checkbox"/> générale seulement cantonales <input type="checkbox"/> |
| Le complément d'hospitalisation de votre caisse maladie s'applique-t-il également aux accidents? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |

| | |
|---------------------------------|--|
| assurance-accident | |
| section (lieu) | |
| numéro de plice / de sinistre : | date de l'accident: |
| assurance hospitalisation : | privée <input type="checkbox"/> demi-privés <input type="checkbox"/> généralé toute la CH <input type="checkbox"/> |
| remarques: | |

Par ma signature, je confirme que je suis d'accord avec le traitement de mes données, avec l'accès aux données par le médecin ainsi qu'avec la transmission des données à des tiers conformément à l'information aux patients sur la page suivante.

Je suis conscient(e) des risques éventuels liés à l'échange de données personnelles sensibles (possibilité de consultation par des tiers non autorisés en cas de voies de communication non sécurisées) ainsi que de mes droits et je donne mon accord pour le contact mutuel entre mon médecin et moi-même en tant que patient(e) par le biais des informations de contact indiquées ci-dessus. Les informations concernant les patients ne sont transmises par le cabinet médical que par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les demandes administratives, comme par exemple les reports de rendez-vous, se fassent par communication électronique non cryptée (adresse @hin vers adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (KVG) prévoit que les patients reçoivent une copie de la facture médicale.

Nous nous réservons le droit de vous facturer 80.00 - 150.00 CHF pour les consultations manquées et non excusées (le délai d'annulation d'un rendez-vous est de 24 h).

Information aux patients sur le traitement des données personnelles

Nous vous informons ci-après dans quel but le cabinet médical susmentionné (ci-après le cabinet médical) collecte, enregistre ou transmet vos données personnelles. De plus, nous vous informons sur les droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

Responsabilités L'instance responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données de santé est le cabinet médical. Si vous avez des questions sur la protection des données ou si vous souhaitez faire valoir vos droits dans le cadre de la protection des données, veuillez-vous adresser au personnel du cabinet ou directement à votre médecin.

Collecte et objectif du traitement des données Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) de vos données s'effectue sur la base du contrat de traitement et des prescriptions légales pour l'accomplissement du but du traitement ainsi que des obligations qui y sont liées. La collecte des données est effectuée d'une part par le/la médecin traitant(e) dans le cadre de votre traitement. D'autre part, nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chez qui vous avez été ou êtes en traitement, si vous avez donné votre consentement à cet effet. Seules les données en rapport avec votre traitement médical sont traitées dans votre dossier médical. Le dossier médical comprend les informations personnelles fournies sur le formulaire du patient, telles que les données personnelles, les coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, l'entretien d'information réalisé dans le cadre du traitement, les données de santé collectées telles que les antécédents médicaux, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Durée de conservation Votre dossier médical est conservé pendant 20 ans après votre dernier traitement. Passé ce délai, il sera conservé avec votre consentement explicite ou sera effacé ou détruit en toute sécurité.

Transmission des données Nous ne transmettons vos données personnelles, et en particulier vos données médicales, à des tiers externes que si la loi le permet ou l'exige, ou si vous avez consenti à la transmission des données dans le cadre de votre traitement.

La transmission à votre assurance-maladie, à l'assurance-accidents ou à l'assurance-invalidité a lieu dans le but de facturer les prestations qui vous sont fournies. Le type de données transmises se fonde sur les dispositions légales.

La transmission à votre assurance-maladie, à l'assurance-accidents ou à l'assurance-invalidité a lieu dans le but de facturer les prestations qui vous sont fournies. Le type de données transmises est conforme aux dispositions légales.

- La transmission aux autorités cantonales et nationales (p. ex. service médical cantonal, départements de la santé, etc.) s'effectue sur la base d'obligations légales de déclaration.

- La transmission des données nécessaires concernant les patients et les factures à l'agence de recouvrement a lieu à des fins de recouvrement (encaissement de créances financières échues).

- Dans certains cas, en fonction de votre traitement et de votre consentement correspondant, la transmission de données à d'autres destinataires autorisés (p. ex. laboratoires, autres médecins) a lieu.

Révocation de votre consentement Si vous avez donné votre consentement explicite pour un traitement de données, vous pouvez révoquer à tout moment tout ou partie d'un consentement déjà donné. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit être effectuée par écrit. Dès que nous avons reçu votre révocation écrite et que le traitement ne peut être fondé sur aucune autre base juridique que le consentement, le traitement est interrompu. La légalité du traitement des données effectué jusqu'à la révocation n'est pas affectée par la révocation.

Renseignement, consultation et remise Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des renseignements sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise de la copie peut être payante. Les frais éventuels, qui dépendent de la complexité de l'établissement de la copie, vous seront communiqués au préalable.

Droit à la transmission des données Vous avez le droit de vous faire remettre ou de faire remettre à un tiers les données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format courant et lisible par machine. Cela vaut en particulier aussi pour la transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Si vous demandez le transfert direct des données à un autre responsable, cela ne se fera que dans la mesure où cela est techniquement réalisable.

Rectification de vos données Si vous constatez ou estimez que vos données sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité d'en demander la rectification. Si ni l'exactitude ni le caractère incomplet de vos données ne peuvent être établis, vous avez la possibilité d'apposer une note de contestation.

lieu / date

signature