

Formulaire patient·e avec déclaration de consentement en matière de protection des données

Nom, Prénom Name, Vorname Cognome, Nome Name, First name <input type="text"/>	Date de naissance Geburtsdatum Data di nascita Date of Birth <input type="text"/>	Sexe Geschlecht Sesso Gender F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nom de jeune fille Ledigname Cognome da nubile Maiden name <input type="text"/>	Etat-civil Zivilstand Stato civile Marital Status <input type="text"/>	
Adresse Adresse Indirizzo Address <input type="text"/>	Tél. privé Tel. privat Tel. privato Private phone <input type="text"/>	
NPA, Localité PLZ, Wohnort NPA, Località Zip code, City <input type="text"/>	Mobile <input type="text"/>	
Nationalité Nationalität Nazionalità Nationality <input type="text"/>	Tél. professionnel Tel. Geschäft Tel. ufficio Professional phone <input type="text"/>	
Profession, Employeur Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber Professione, Datore di lavoro Occupation, Employer <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>	
Médecin traitant Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt Medico curante Referring / family physician <input type="text"/>	N° AVS AHV-Nr. No AVS AVS no. <input type="text"/>	
Caisse maladie / Assurance Krankenkasse / Versicherung Cassa malati / Assicurazione Health insurance company <input type="text"/>	N° de carte d'assuré·e Versichertenkarten-Nr. No tessera d'assicuratio Insurance card no. <input type="text"/>	
Assurance complémentaire Zusatzversicherung Assicurazione complementare Supplementary insurance <input type="text"/>		
Adresse de facturation (si différente de l'adresse) Rechnungsadresse (wenn nicht identisch mit der Adresse) Indirizzo di fatturazione (se diverso dall'indirizzo) Billing address (if not identical to address) <input type="text"/>		
Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.) Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.) Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.) Person to be notified, if necessary (name, phone) <input type="text"/>		

Représentation | Vertretung | Rappresentanza | Representation

À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus | Bitte ausfüllen sofern gegeben und nicht identisch mit obigen Personalien | Si prega di compilare se i dati sono stati forniti e non coincidono con i dati personali di cui sopra | Please fill in if given and not identical with above personal data

<input type="checkbox"/> Représentant légal Gesetzlicher Vertreter Rappresentante legale Legal representative	<input type="checkbox"/> Tuteur / curateur Vormund / Beistand Tutore / Avvocato Guardian / Advocate
<input type="checkbox"/> Procuration Vollmacht Procura Power of attorney	<input type="checkbox"/> Parents Eltern Genitori Parents
Institution Institution Istituzione Institution <input type="text"/>	
Prénom Vorname Nome First name <input type="text"/>	Nom Name Cognome Name <input type="text"/>
Adresse Adresse Indirizzo Address <input type="text"/>	NPA, Localité PLZ, Wohnort NPA, Località Zip code, City <input type="text"/>
Mobile <input type="text"/>	E-Mail <input type="text"/>

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 nous prévenir suffisamment tôt.

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

Catégorie de données	Description des données	Destinataires	Finalité
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 médical	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 médical	Données pour l'affectation, le traitement médical et la facture	Prestataires de services comptables, assurances	Traitement des données pour la facturation
Facturation, données de décompte et de règlement	Facturation du traitement médical et des prestations médicales, relances et autres traitements comptables	Caisse des Médecins Société coopérative, 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 relatives au traitement médical et à la facturation	Données anonymisées ou pseudonymisées	Registres publiques, autorités statistiques, trust centers, FMH (Swiss Medical Association), sociétés de médecins	Obligations de saisie légales, négociations tarifaires / calculs de modèles
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 médecin / 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 ordonnances et certificats médicaux avec signature numérique ou électronique. Par principe, mes données sont exclusivement stockées en Suisse par la Caisse des Médecins pour les applications principales. Pour le contrôle de solvabilité, mes données personnelles peuvent être transmises au service de recouvrement Inkasso Med SA / Intrum SA et y être stockées.

Traitement des factures

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit la transmission au-à la patient-e d'une copie de la facture du médecin. En signant ce formulaire, je consens à une éventuelle facturation électronique ou sur papier en

tiers payant (envoi direct de la facture à la caisse d'assurance maladie). Par mesure de simplicité, la notification relative à la copie de la facture (en tiers payant uniquement) me parviendra à l'adresse électronique que j'ai communiquée, sachant que les noms de mon médecin / thérapeute et du cabinet figureront dans le-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 que j'ai indiquée (@adresse HIN vers l'adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

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. Pour plus d'informations sur le coût d'un retard de paiement, cliquez sur ce lien : www.caisse-des-medecins.ch/infos-patients/faq.

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.

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

Date | Datum | Data | Date

Signature | Unterschrift | Firma | Signature