

FORMULAIRE PATIENTELE		Dermatologische Praxis	
Déclaration de consentement		Dr. med. Gion G. Tschanner Gutenbergstrasse 5 • 3011 Bern	
Nom		Prénom	
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> féminin <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> diverse	Etat civil	Nationalité
Adresse: Rue et n°		NPA et localité	
Tél. privé		Mobile	
Tél. affaire		E-Mail:	
Profession		Employeur	
Médecin traitant		Médecin de famille	
Caisse maladie / Assurance		N° de carte d'assuré(e)	
Assurance complémentaire		N° AVS	

Représentation À compléter si nécessaire et si elles ne sont pas identiques aux données personnelles ci-dessus	
<input type="checkbox"/> Représentant légal	<input type="checkbox"/> Tuteur / curateur
<input type="checkbox"/> Procuration	<input type="checkbox"/> Parents
Institution	
Nom	Prénom
Adresse: Rue et n°	NPA et localité
Tel. / mobile	E-Mail

Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l'accès à celles-ci par la ou le médecin ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément à l'information destinée à la patientèle figurant à la page suivante (page 3). Je suis conscient-e des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d'utilisation d'outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre ma ou mon médecin et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Le cabinet médical transmet les informations concernant les patients exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés (d'une adresse @hin vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.). La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que la patientèle reçoive une copie de la facture de la ou du médecin resp. la facture originale.

>> Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés <<

Lieu, date	Signature
------------	-----------

Vérifiez s'il vous plaît : → X

- A) J'accepte que la version papier de ce formulaire soit détruite après son enregistrement électronique
 B) Le formulaire ne doit pas être détruit, je garderai l'original à la maison

Information destinée à la patientèle, relative au traitement des données personnelles

Nous vous informons ci-après de la finalité poursuivie par le cabinet médical susmentionné (ci-après le cabinet médical) lors de la collecte, de l'enregistrement ou de la transmission de vos données personnelles. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

Responsabilités Le cabinet médical est l'entité responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données sur la santé. Si vous avez des questions concernant la protection des données ou si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la protection des données, veuillez vous adresser au personnel de votre cabinet ou directement à votre médecin.

Collecte et finalité du traitement des données Vos données sont traitées (collectées, enregistrées, utilisées et conservées) sur la base du contrat de traitement médical et des prescriptions légales, pour atteindre l'objectif du traitement médical et remplir les obligations associées. Les données sont collectées par la ou le médecin traitant dans le cadre de votre traitement. Nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chargés, actuellement ou par le passé, de votre traitement, dès lors que vous y avez consenti. Seules les données relatives à votre traitement médical sont traitées dans votre dossier médical, qui comprend les données personnelles figurant sur le formulaire destiné à la patientèle, telles que les informations personnelles, les coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, l'entretien d'information mené dans le cadre du traitement médical, les données sur la santé collectées telles que les anamnèses, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Durée de conservation Votre dossier médical sera conservé pendant 20 ans après votre dernier traitement. Passé ce délai, il sera conservé, effacé ou détruit de manière sécurisée, avec votre consentement exprès.

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

- Ces données sont transmises à votre assurance-maladie, à l'assurance-accidents ou à l'assurance-invalidité aux fins de décompte des prestations qui vous ont été fournies. Le type de données transmises dépend des prescriptions légales.
- Ces données sont transmises aux autorités cantonales et nationales (p. ex. service médical cantonal, départements de la santé, etc.) en vertu d'obligations légales d'annoncer.
- Facultatif : Les données de la patientèle et de facturation requises sont transmises au bureau de recouvrement à des fins d'encaissement (recouvrement de créances exigibles).

En fonction de votre traitement médical et de votre consentement correspondant, des données peuvent être transmises au cas par cas à d'autres destinataires autorisés (p. ex. laboratoires, autres médecins).

Révocation de votre consentement Tout consentement exprès au traitement de vos données peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit se faire par écrit. Dès réception de votre révocation écrite et dès lors que vos données ne peuvent plus être traitées sur la base d'un fondement juridique autre que le consentement, le traitement des données est interrompu. La révocation n'affecte pas la licéité du traitement des données effectué jusqu'à ladite révocation.

Information, consultation et remise Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des renseignements sur les données personnelles traitées vous concernant. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie, qui peut être payante. Les éventuels frais dépendant de la charge de travail nécessaire à l'établissement de la copie vous seront préalablement communiqués.

Droit à la transmission des données Vous avez droit à la remise, à vous-même ou à un tiers, des données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format couramment utilisé et lisible par machine. Cela vaut en particulier également en cas de transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Toute demande de transfert direct des données à une autre personne responsable ne pourra aboutir que dans la mesure des possibilités techniques.

Rectification de vos données Si vous constatez ou considérez que des données traitées vous concernant sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité de demander une rectification. Lorsque l'exactitude ou le caractère incomplet de vos données ne peut être établi, vous avez la possibilité d'ajouter une mention de contestation.

Traitement de facture La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) stipule que les patients reçoivent une copie de la facture du médecin. Pour le moment, notre cabinet continuera d'envoyer les factures, y compris les reçus de remboursement, directement au patient (« Tiers garant »). En signant ce formulaire, j'accepte toute future facturation sur papier ou par voie électronique dans le Tiers Payant (facturation directement à la mutuelle). Pour faciliter les choses, je recevrai une copie de la facture (uniquement en Tiers Payant) à l'adresse e-mail que j'ai indiquée, le nom de mon médecin ou cabinet étant mentionné dans l'e-mail pour faciliter les démarches.