

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

**Nom, Prénom** | Name, Vorname | Cognome, Nome | Name, First name

**Nom de jeune fille** | Ledigname | Cognome da nubile | Maiden name

**Adresse** | Adresse | Indirizzo | Address

**NPA, Localité** | PLZ, Wohnort | NPA, Località | Zip code, City

**Nationalité** | Nationalität | Nazionalità | Nationality

**Profession, Employeur** | Beruf, Arbeitgeberin / Arbeitgeber  
Professione, Datore di lavoro | Occupation, Employer

**Médecin traitant** | Zuweisende/r Ärztin / Arzt, Hausärztin/-arzt  
Medico curante | Referring / family physician

**Caisse maladie / Assurance / Assurance accidents** | Krankenkasse /  
Versicherung / Unfallversicherung | Cassa malati / Assicurazione / Assicurazione  
infortuni | Health insurance / Insurance / Accident insurance

**N° de carte d'assuré-e** | Versichertenkarten-Nr.  
No tessera d'assicurato | Insurance card no.

**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)

**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)

**Date de naissance** | Geburtsdatum  
Data di nascita | Date of Birth

**Sexe** | Geschlecht  
Sesso | Gender

F ☐ M ☐ D ☐

**Etat-civil** | Zivilstand | Stato civile | Marital Status

**Tél. privé** | Tel. privat | Tel. privato | Private phone

**Mobile**

**Tél. professionnel** | Tel. Geschäft | Tel. ufficio | Professional phone

**E-Mail**

**N° AVS** | AHV-Nr. | No AVS | AVS no.

**Type d'assurance (MC, modèle du médecin de famille)** | Versicherungsart  
(MC, Hausarztmodell) | Tipo di assicurazione (MC modello del medico di famiglia)  
Type of insurance (MC, general practitioner model)

**Assurance complémentaire** | Zusatzversicherung  
Assicurazione complementare | Supplementary insurance

## 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

**Représentant légal** | Gesetzlicher Vertreter  
Rappresentante legale | Legal representative

**Procuration** | Vollmacht | Procura | Power of attorney

**Tuteur / curateur** | Vormund / Beistand  
Tutore / Avvocato | Guardian / Advocate

**Parents** | Eltern | Genitori | Parents

**Institution** | Institution | Istituzione | Institution

**Prénom** | Vorname | Nome | First name

**Adresse** | Adresse | Indirizzo | Address

**Mobile**

**Nom** | Name | Cognome | Name

**NPA, Localité** | PLZ, Wohnort | NPA, Località | Zip code, City

**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 de la présente.

**Signature** | Unterschrift | Signature | Firma \_\_\_\_\_

Je consens explicitement au traitement de mes données, à leur consultation par le-la médecin précité-e ou le-la thérapeute, au sein du cabinet, et à leur transmission aux destinataires suivants.

Catégorie de données	Description des données	Destinataires	Finalité
<b>Données de laboratoire</b>	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
<b>Constatations</b>	Résultats d'examen et dossier médical	Autres médecins / thérapeutes, hôpitaux, professionnel-les et établissements de santé, pharmacies (e-ordonnance)	Information ciblée pour d'autres investigations / traitements médicaux efficaces
<b>Données patient-es</b>	Données relatives aux diagnostics et traitements médicaux	Autres médecins / thérapeutes, pharmacies (e-ordonnance inclus), au sein du cabinet, systèmes Managed Care et prestataires de services comptables	Documentation, facturation
<b>Données de base et données relatives au traitement médical</b>	Données pour l'affectation, le traitement médical et la facture	Prestataires de services comptables, assurances	Traitement des données pour la facturation
<b>Facturation, données de décompte et de règlement</b>	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
<b>Données relatives au traitement médical et à la facturation</b>	Données généralement 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
<b>Données financières et de facturation</b>	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. De plus, j'autorise mon-ma médecin traitant-e ou mon-ma thérapeute à requérir des dossiers et documents médicaux me concernant auprès d'autres médecins ou d'hôpitaux. 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 si cela est prévu par le fournisseur de prestations.

#### Traitement des factures

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit la transmission au-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 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 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-patiente/faq](http://www.caisse-des-medecins.ch/infos-patiente/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. Les données sont généralement conservées pendant 20 ans. Sauf notification explicite du-de la patient-e, les dossiers médicaux peuvent être conservés plus longtemps.

**Les rendez-vous qui n'ont pas été décommandés à l'avance peuvent vous être facturés. Merci de nous prévenir suffisamment tôt.**

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