

Déclaration de consentement / formulaire du patient

Version 03/2023

Légende

Vous avez choisi le Ärztzentrum Südbahnhof AG comme cabinet de médecine générale. Nous vous en remercions. Nous vous informons volontiers que vous serez toujours traité(e) par le même médecin. Si la situation ne vous permet pas d'être traité par votre médecin (vacances, maladie, etc.), l'assistante médicale vous proposera un médecin du Centre médical de la gare du Sud qui vous recevra et vous traitera en cas d'urgence.

Par ailleurs, nous vous prions de bien vouloir prendre note que vous êtes tenu(e) de remplir le présent questionnaire conformément à la vérité, en vertu des dispositions en vigueur sur la protection des données.

Nous vous remercions de votre collaboration et de l'attention que vous porterez à ce questionnaire.

Meilleures salutations Ärztzentrum Südbahnhof

Patient form

Name of medical practice

Adresse

PLZ/ORT

Tel.: +41 XX XXX XX XX

email: beispiel@mail.ch

Données personnelles (à remplir en caractères d'imprimerie)

Nom	Prenom
Sexe <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> f	Date de naissance
Rue et n°	Code postal et lieu de résidence
Tél./Mobile	email
Profession	Employeur
Adresse et téléphone de contact en cas d'urgence	
Ancien médecin de famille	
Assurance maladie	No d'assuré

Représentation légale (à remplir si elle est donnée et si elle n'est pas identique aux données personnelles du/de la patient/e)

Institution	
<hr/>	
Prénom Nom de famille	Prénom Nom de famille
<hr/>	

Je confirme par ma signature que je suis d'accord avec le traitement de mes données, l'accès aux données par le médecin ainsi que 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 (consultation possible par des tiers non autorisés en cas de voies de communication non sécurisées) ainsi que de mes droits et donne mon accord pour un 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 sont transmises par le centre médical exclusivement 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 à l'adresse du destinataire wie@bluewin.ch, @gmail.com, etc).

La loi fédérale sur l'assurance-maladie(LAMal) prévoit que les patient(e)s reçoivent une copie de la facture médicale.

Place, date	Signature
-------------	-----------

Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés. Veuillez nous en informer à temps.

Patient information on the handling of personal data

The paragraphs below explain for what purpose the aforementioned medical practice (hereinafter medical practice) collects, stores or passes on your personal data. We also inform you of your rights under the Data Protection Act.

Data controller The responsible body for the processing of your personal data and in particular your health data is the medical practice. If you have questions about data protection, or if you wish to exercise your rights under the Data Protection Act, please contact the staff at the practice or your doctor directly.

Collection and purpose of data processing The processing (collection, storage, use and retention) of your data is carried out on the basis of the treatment contract and legal requirements to deliver treatment and to meet the associated obligations. Data is collected on the one hand by the attending doctor. On the other, we also receive data from other doctors and healthcare professionals who are treating you or have done so in the past, provided you have given your consent. In your medical record, only data connected to your medical treatment is processed. The medical record includes the personal information provided on the patient form, such as personal details, contact data and insurance information, as well as the discussion on informed consent conducted during the consultation, and health data collected, such as medical history, diagnoses, proposed treatment and results.

Retention period Your medical record is retained for 20 years after the last consultation. After that, it will continue to be retained with your express consent, or it will be securely deleted or destroyed.

Disclosure of the data We only disclose your personal data and in particular your medical data to external third parties if this is permitted or required by law, or if you have consented to the disclosure of your data within the framework of your treatment.

- Disclosure to your health insurance provider or to the accident and invalidity insurance is done for the purpose of billing the care you receive. The type of data disclosed is guided by the legal requirements.
- Disclosure to cantonal and national authorities (e.g. cantonal medical officer, public health departments) is done on the basis of legal duties to report.
- Optional: Disclosure of the necessary patient and billing data to the debt collection agency for debt collection purposes.

In individual cases, depending on your treatment and the corresponding consent, data may be disclosed to other authorised recipients (e.g. laboratories, other doctors).

Withdrawal of consent If you expressly consented to data processing, you can withdraw that consent in full or in part at any time. Withdrawal of consent or a request to amend the consent must be submitted in writing. As soon as we have received your withdrawal in writing, and if there is no other lawful basis for the data processing, it will be stopped. This does not affect the lawfulness of the data processing carried out before consent was withdrawn.

Subject access requests You have the right to obtain information about your personal data at any time. You can view your medical record or request a copy of it. Issuing a copy of the data may incur a charge. You will be notified in advance of any costs associated with preparing the copy.

Right of data transfer You have the right to request a copy of the data that we automatically or digitally process about you in a common, machine-readable format for yourself or a third party. This applies in particular to the disclosure of medical data to a healthcare professional of your choice. If you request data disclosure to another data controller, this is done provided it is technically feasible.

Rectification of your data If you notice or believe that your data is incorrect or incomplete, you can ask for it to be rectified. If the correctness or completeness of your data cannot be established, you can have a notation added to indicate that a correction request was made.