

Déclaration de consentement / données patient(e)s

Le présent formulaire comporte 3 pages. En déposant votre signature en page 3, vous confirmez l'exactitude des informations ainsi que la lecture, la compréhension et l'acceptation des conditions énoncées.

Nom:	Prénom:
Sexe: <input type="checkbox"/> h <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> d	Date de naissance:
Rue et n°:	Code postal et localité :
Téléphone:	Téléphone mobile:
Numéro de votre entreprise:	E-mail:
Personne à contacter en cas d'urgence: nom et numéro de téléphone:	
Profession:	Employeur (adresse et numéro de téléphone):
Représentant légale (Veuillez compléter le cas échéant, données autres que celle du patient):	
Institution:	
Prénom:	Nom:
Rue et n°:	NPA et localité:
Tél. / mobile:	E-mail:
Caisse maladie (Assurance de base):	Numéro d'assurance:
Caisse d'assurance maladie complémentaire (si elle n'est pas identique à l'assurance de base):	Numéro d'assurance:
Si votre caisse maladie prend en charge le paiement direct (tiers payant), le MediZentrum lui adressera la facture liée à l'assurance de base. Vous en recevrez une copie. Si au contraire vous souhaitez que la facture vous soit directement adressée (tiers garant), veuillez l'indiquer explicitement ci-dessous:	
Pas d'accord:	
<input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas que la facture soit directement adressée à la caisse maladie (tiers payant).	
Caisse d'assurance maladie complémentaire :	Assurance accident:
Assurance accident: <input type="checkbox"/> privé	assurance:
<input type="checkbox"/> assurance de l'employeur	

Veuillez présenter votre carte d'assurance maladie à la réception. Une carte d'identité sera demandée à tous nouveaux patients. Avec nos remerciements.

Vous souhaitez être pris en charge par un médecin du MediZentrum. Nous vous remercions pour votre confiance.

Nous avons le plaisir de vous annoncer que nos médecins assurent volontiers les visites à domicile.

Nous attirons cependant votre attention sur le fait que les visites à domiciles et en institutions se limitent à un rayon de 10 km autour de Messen.

Honoraires Si vous n'êtes pas en mesure d'honorer un rendez-vous au MediZentrum Ins, nous vous prions de l'annuler 24 heures à l'avance. Le service comptabilité se réserve le droit de facturer en partie les consultations non honorées selon certaines conditions. Ces frais ne sont pas pris en charge par les assurances maladies et sont à la charge du patient.

Mise en demeure et frais de mise en demeure/ société de recouvrement et procédure de poursuite

Aucune facture n'est adressée à la caisse maladie. Une pénalité de 20 CHF sera infligée à partir de la troisième relance. En cas de facture restée impayée, le patient sera contraint de régler sur place toute nouvelle prestation.

Après trois mises en demeure sans réponse, une société de recouvrement sera mandaté (Encath AG, société de recouvrement pour médecins et dentistes). Il en résultera des frais de procédure supplémentaires.

Nous sommes une société détentrice du label de qualité EQUAM (Promotion externe de la qualité des prestations médicales dans le secteur ambulatoire). Cela signifie que: Les patientes et les patients ont droit aux prises en charges les plus adaptées. Le label EQUAM « Health Care Quality » est un certificat de qualité enregistré et protégé, attribué uniquement aux cabinets, indépendants ou en réseaux qui ont remplis les exigences requises, validées par un audit de certification neutre et indépendant. La certification garantit aux patients une prise en charge de qualité constamment améliorée. En signant, vous autorisez aux auditeurs de la certification EQUAM à consulter votre dossier médical, le cas échéant, afin de juger de la qualité de la prise en charge.

Remplacement de votre médecin traitant, formation des futurs médecins

Le MediZentrum est un centre de formation pour les futurs médecins. C'est-à-dire que les étudiants et les assistants se forment au MediZentrum par le biais de stages pratiques. Il est donc possible que vous soyez mis en relation directe avec ces stagiaires lors d'une consultation.

Il est également possible qu'en cas d'absence, d'urgence ou de surcharge de travail que vous soyez reçu par un professionnel autre que votre médecin traitant. Ces médecins et assistants (ainsi que les étudiants) doivent donc avoir accès à votre dossier, ce que vous acceptez en signant le présent formulaire.

Information des patients sur le traitement des données personnelles Sont mentionnées dans ce document, les raisons pour lesquelles vos données sont collectées, stockées et transmises ainsi que les droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

Responsabilités En étant que détenteur de vos données personnelles, particulièrement médicales, le centre médical en porte la responsabilité de sa protection. En cas de questions concernant vos données, veuillez vous adresser à votre médecin traitant ou tout autre professionnel de santé de votre choix.

Collecte et traitement des données Le traitement de vos données (collecte, stockage, utilisation et conservation) se réfère aux prescriptions légales en vigueur. Les données sont collectées par le(s) médecin(s) traitant(s) et son personnel. Le médecin traitant peut être amené à échanger certaines informations avec d'autres professionnels de santé. En signant, vous consentez à l'échanges de ces données. Seront transmises que les données en relation avec la prise en charge médicale actuelle.

Votre dossier médical comprend les données personnelles fournies par le formulaire du patient, telles que l'identité et les coordonnées des patient(e)s, les données de l'assurance maladie, ainsi que, toutes les données médicales (entretien, examens biologiques, ECG, radiographies, traitements...).

Durée de conservation Le dossier médical est conservé 20 ans à partir de la dernière prise en charge. Par la suite, il sera, avec votre consentement, soit encore conservé soit supprimé en toute sécurité.

Transmission des données Vos données personnelles et particulièrement les données médicales peuvent être transmises à un tiers que dans le cadre de la loi et sous réserve de votre accord.

- A votre caisse d'assurance maladie, accident, militaire ou invalidité est nécessaire aux versements des prestations qui vous sont dûes. La nature des données transmises est conforme aux exigences légales.
- Aux autorités cantonales et fédérales (par exemple, le service médical cantonal, le ministère de la santé, etc.) est effectuée sur la base légale de la déclaration obligatoire.
- Facultatif: la transmission des données du patient et de facture au service de recouvrement sera effectuée si nécessaire.
- A titre individuel, selon votre consentement, les données peuvent être directement transmises ou consultées par un tiers autorisé (par ex. laboratoires, autres professionnels de la santé).

Révocation de votre consentement Après avoir donné votre consentement, vous êtes en droit, à tout moment, de le révoquer tout ou partie. Toute révocation ou demande de modification doit être signalée par écrit. Dès réception de votre rétractation écrite et si le traitement des données ne dépend d'aucune autre base juridique, le traitement de ces données sera aussitôt interrompu. Il n'y a pas d'effet rétroactif.

Information, consultation et publication Vous avez le droit d'accéder à vos données personnelles à tout moment. Vous pouvez consulter vos antécédents médicaux ou en demander une copie. La délivrance de cette copie peut être payante. Les éventuels frais vous seront communiqués à l'avance.

Droit à la portabilité des données Il est de votre droit de vous faire remettre en main propre ou à un tiers, les données traitées de manière automatisée ou numérisée dans un format couramment utilisé et lisible. Cela s'applique en particulier lors de la transmission de vos données à un professionnel de santé de votre choix. Si à votre demande, un tiers doit transmettre ces données, ceci ne pourra s'effectuer qu'en fonction de la technologie.

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 l'exactitude ou l'incomplétude de vos données ne peut être rectifiée, vous pouvez exprimer votre opposition par notification.

Je confirme par cette dernière, mon consentement au traitement, à la transmission de mes données à des tiers autorisés en vertu des paragraphes sus-mentionnés. Je suis conscient(e) des risques potentiels liés à l'échange des données personnelles particulièrement sensibles (accès possible à de tiers non autorisés par voie informatique non sécurisée). J'ai pris connaissance des mes droits. J'autorise mon médecin à utiliser ces données pour me contacter. Les informations concernant les patients ne sont transmises par le cabinet médical que par voies sécurisées. J'accepte que certaines tâches administratives, telles que les reports de rendez-vous, soient effectuées via une boîte mail cryptée (adresse @hin) vers une boîte mail non sécurisée de type @bluewin.ch, @gmail.com, etc.).

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMAL) prévoit que les patients reçoivent une copie de la facturation des prestations médicales.

Messen, _____

Signature: _____