



# Gastroenterologie Praxis

Dr. med. Ioannis Kapoglou

## Formulaire patient avec déclaration de consentement à la protection des données

**Name** | Nom | Cognome | Name

**Vorname** | Prénom | Nome | Firstname

**Adresse** | Adresse | Indirizzo | Address

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

**Geschlecht** | Sexe  
Sesso | Gender

F  M

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

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

**Krankenkasse / Versicherung** | Caisse maladie / Assurance  
Cassa malati / Assicurazione | Health insurance company

**E-Mail**

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

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

**Hausärztin/-arzt** Médecin traitant | Medico curante | fam. physician

**Zuweisende/r Ärztin / Arzt** Médecin référent | Medico inviante

**Beruf** | Profession | Professione | Occupation

**Versicherungsstatus** Statut d'assurance | Stato assicurativo | Insurance status

Allgemein  Halbprivat  Privat

**Person, die im Notfall zu benachrichtigen ist (Name, Tel.)** | Personne à prévenir en cas de nécessité (nom, tél.)  
Persona da avvertire in caso di necessità (cognome, tel.) | Person to be notified, if necessary (name, phone)

**Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés à votre charge. Nous vous prions de nous en informer en temps utile.**

La loi sur la protection des données prévoit que le traitement des données de santé nécessite en principe le consentement explicite des patients. Afin de remplir cette exigence légale, vous êtes tenu(e) de lire les informations mentionnées au verso et de les **confirmer par votre signature**.

Mon médecin est autorisé à demander l'accès à mes dossiers médicaux auprès des professionnels de santé qui m'ont (pré)traité, ainsi qu'à transmettre les résultats médicaux et les rapports aux professionnels de santé qui poursuivent ou complètent mon traitement. Dans cette mesure, je délègue les professionnels de santé impliqués du secret médical.

J'ai été informé(e) que le document complémentaire « Information du patient sur le traitement des données personnelles » est à ma disposition. Sur demande, il peut être remis au cabinet médical.

**Datum** | Date | Data | Date

**Unterschrift** | Signature | Firma | Signature





Je confirme expressément que j'accepte le traitement de mes données, l'accès à ces données par le médecin ainsi que leur transmission aux destinataires suivants.

Catégorie de données	Description des données	Destinataires	Objectif
<b>Données de laboratoire</b>	Données des patients comprenant sang, urine, selles, microbiologie, histologie	Laboratoire, autres médecins, thérapeutes, professionnels de santé, hôpitaux	Examens médicaux et analyses
<b>Données de résultats</b>	Données des patients avec résultats d'examen	Autres médecins, thérapeutes, hôpitaux, professionnels de santé et établissements de santé, pharmacies (e-prescription), assureurs	Informations ciblées pour des examens complémentaires et traitements efficaces, vérification des prestations, obtention d'accords de prise en charge
<b>Données des patients</b>	Documentation du patient (antécédents médicaux)	Autres médecins, thérapeutes, pharmacies (y compris e-prescription) et prestataires de services de facturation	Documentation, facturation
<b>Données de base et de traitement</b>	Données pour l'attribution, le traitement et la facturation	Prestataires de services de facturation, MediData, Trust Center, assureurs	Traitement pour la facturation, vérification des prestations
<b>Facturation, données de facturation</b>	Facturation des traitements et prestations médicales, rappels et autres traitements de factures	MediData et, le cas échéant, agence de recouvrement choisie par le cabinet, ainsi que fournisseurs de logiciels ou systèmes d'information de cabinet et support informatique	Facturation selon les exigences légales et contractuelles, développement informatique ainsi que vérification de solvabilité et recouvrement
<b>Données de traitement et de facturation</b>	Données anonymisées ou pseudonymisées	Registres publics, autorités statistiques comme Trust Center et FMH, société médicale	Obligations de déclaration légales, négociations tarifaires, calculs de modèles
<b>Données financières et de facturation</b>	Données pour la facturation et la tenue de la comptabilité générale	Services de comptabilité et de facturation	Émission des factures et tenue de la comptabilité

## Traitement des données

Je suis conscient(e) des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles particulièrement sensibles (possibilité d'accès par des tiers non autorisés en cas de voies de communication non sécurisées) ainsi que de mes droits. J'accepte la communication mutuelle entre mon médecin et moi-même en utilisant les coordonnées indiquées sur la première page. Cela s'applique également à l'échange de données au sein du cabinet médical et dans le cadre des remplacements. J'accepte également l'utilisation de codes QR ainsi que l'émission d'ordonnances ou d'attestations médicales avec une signature numérique ou électronique.

Je consens à ce que le cabinet médical puisse interroger ma caisse maladie pour obtenir les informations nécessaires à la couverture d'assurance, aux garanties de prise en charge et à la facturation (notamment via la carte d'assuré en ligne).

En principe, mes données sont stockées exclusivement en Suisse par le prestataire informatique du cabinet médical ainsi que par MediData pour les applications principales. À titre exceptionnel, mes données personnelles peuvent être transmises et enregistrées chez un partenaire de recouvrement dans le cadre d'une procédure d'encaissement ou d'une vérification de solvabilité.

## Facturation / Traitement des factures

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que les patientes et patients reçoivent une copie de la facture médicale. En signant ce formulaire, j'accepte la facturation électronique via le système Tiers Payant (facturation directe à la caisse maladie) ou, le cas échéant, sous format papier. Afin de simplifier le processus, la notification concernant la copie de la facture (uniquement dans le système Tiers Payant) sera envoyée à l'adresse e-mail que j'ai indiquée. Pour une meilleure lisibilité, le cabinet médical sera mentionné dans l'e-mail.

## Communication

J'accepte que les questions administratives, telles que les modifications de rendez-vous, soient traitées via l'adresse e-mail que j'ai fournie (@hin vers des adresses destinataires comme @bluewin.ch, @gmail.com, etc.) sans chiffrement. Les rapports médicaux, résultats d'examens, etc., ne seront envoyés que par des moyens de communication sécurisés (HIN Mail Global). En cas d'urgence, mon médecin est autorisé à informer mon contact d'urgence ou mon représentant mentionné au verso. Dans les cas prévus par la loi, le traitement sera effectué en concertation avec la personne habilitée à me représenter conformément à mes directives anticipées ou selon l'article 378 du Code civil suisse (CC).

## Retard de paiement

Si je ne respecte pas mon obligation de paiement dans le délai imparti et que je ne formule aucune contestation justifiée, je serai en retard de paiement dès l'expiration de ce délai, sans qu'un rappel supplémentaire ne soit nécessaire. Le prestataire de soins peut à tout moment faire appel à un tiers pour le recouvrement. Dans ce cas, je délègue le professionnel de santé traitant du secret médical à l'égard des partenaires de recouvrement, avocats, offices de poursuites et tribunaux, et j'assume les frais liés au retard de paiement.

Sur la base des explications ci-dessus ainsi que d'éventuelles déclarations orales supplémentaires, je consens par ma signature au traitement et à la transmission de mes données personnelles conformément aux règles de protection des données.

Je prends note que mon consentement peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie, sans que cela n'affecte la légalité du traitement des données effectué sur la base du consentement avant la révocation. La révocation doit obligatoirement être faite par écrit. Toute demande de suppression de mes données ne conduira en principe pas à leur effacement, car le professionnel de santé traitant ou le cabinet médical est tenu légalement de conserver mes données (selon la loi sur les professions médicales - MedBG, la loi fédérale sur l'assurance-maladie - LAMal, et la législation sanitaire cantonale).

