

## Étiquette

### En cas de modifications:

Nom/Prénom: .....

Adresse: .....

NPA / Lieu: .....

Caisse maladie: .....

Numéro: .....

E-Mail: .....

Mobile: .....

-----  
Par ma signature je confirme,

- √ d'avoir lu et compris l'information aux patients sur le traitement des données personnelles.
- √ je suis d'accord avec le traitement de mes données, l'accès aux données par le personnel de la KGP ainsi que la transmission des données à des tiers conformément à l'information aux patients.
- √ que 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 que je donne mon accord pour un contact mutuel entre la KGP, moi-même en tant que patient(e) et/ou mon médecin de famille, conformément aux informations de contact indiquées (les informations relatives aux patients sont transmises par la KGP exclusivement via des voies de communication sécurisées).
- √ que les demandes administratives, comme par exemple les reports de rendez-vous ou autres, peuvent être effectuées par communication électronique non cryptée (adresse @hin vers adresse du destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com, etc.)
- √ que l'envoi de la facture à leur caisse maladie/assurance accident, respectivement à une institution chargée de l'encaissement (tiers garant) ou, en cas de défaut de paiement, à un organisme d'encaissement, peut se faire en ligne.
- √ que la copie de ma facture, qui doit être envoyée à tous les patients conformément à la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), me soit envoyée par e-mail et que je dépose à cet effet mon adresse e-mail ainsi que mon numéro de téléphone portable.
- √ que pour des clarifications supplémentaires (p. ex. hôpital ou autre lieu d'examen, etc.), les documents nécessaires peuvent être fournis en ligne par un moyen de communication sécurisé.
- √ que les données personnelles ci-dessus sont correctes ou corrigées.

Lieu/date: ..... Signature: .....

**Information aux patients sur le traitement des données personnelles**

Nous vous informons ci-après dans quel but la PBC collecte, enregistre ou transmet vos données personnelles. De plus, nous vous informons sur les droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

**Responsabilités**

L'instance responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données de santé est la PBC. Si vous avez des questions sur la protection des données ou si vous souhaitez faire valoir vos droits dans le cadre de la protection des données, veuillez vous adresser au personnel du cabinet ou directement à votre médecin.

**Collecte et but du traitement des données**

Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation ainsi que conservation) de vos données s'effectue sur la base du contrat de traitement et des prescriptions légales pour l'accomplissement du but du traitement ainsi que pour les obligations qui y sont liées. La collecte des données est effectuée d'une part par le/la médecin traitant(e) dans le cadre de votre traitement. D'autre part, nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chez qui vous avez été ou êtes en traitement, si vous avez donné votre consentement à cet effet. Seules les données en rapport avec votre traitement médical sont traitées dans votre dossier médical. Le dossier médical comprend les informations personnelles fournies sur le formulaire du patient, telles que les données personnelles, les coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, les informations recueillies dans le cadre du traitement.

**Durée de conservation**

Votre dossier médical est conservé conformément aux dispositions légales.

**Transmission des données**

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

- La transmission à votre assurance-maladie ou à l'assurance-accidents ou invalidité a lieu dans le but de facturer les prestations qui vous sont fournies. Le type de données transmises se fonde sur les dispositions légales.
- La transmission aux autorités cantonales et nationales (p. ex. service médical cantonal, départements de la santé, etc.) a lieu en raison des obligations de déclaration légales.
- En option : la transmission des données nécessaires concernant les patients et les factures à l'agence de recouvrement a lieu à des fins de recouvrement (encaissement de créances financières échues).

Dans certains cas, en fonction de votre traitement et de votre consentement correspondant, la transmission de données à d'autres destinataires autorisés (p. ex. laboratoires, cabinets médicaux, hôpitaux ou autres lieux d'examen) a lieu.

**Révocation de votre consentement**

Si vous avez donné votre consentement explicite pour un traitement de données, vous pouvez à tout moment révoquer tout ou partie d'un consentement déjà donné. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit être effectuée par écrit. Dès que nous avons reçu votre révocation écrite et que le traitement ne peut être fondé sur aucune autre base juridique que le consentement, le traitement est interrompu. La légalité du traitement des données effectué jusqu'à la révocation n'est pas affectée par la révocation.

**Renseignement, consultation et remise**

Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des informations sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise de la copie peut être payante. Les frais éventuels, qui dépendent de la complexité de l'établissement de la copie, vous seront communiqués au préalable.

**Droit à la transmission des données**

Vous avez le droit de vous faire remettre ou de faire remettre à un tiers les données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format courant et lisible par machine. Cela vaut en particulier aussi pour la transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Si vous demandez le transfert direct des données à un autre responsable, cela ne se fera que dans la mesure où cela est techniquement réalisable.

**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 ni l'exactitude ni le caractère incomplet de vos données ne peuvent être établis, vous avez la possibilité d'apposer une note de contestation.