



ÄRZTEKASSE

CAISSE DES MÉDECINS



CASSA DEI MEDICI

Veillez remplir en majuscules | Bitte in Blockschrift ausfüllen
Si prega di scrivere in stampatello | Please complete in block letters

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 | Krankenkasse / Versicherung
Cassa malati / Assicurazione | Health insurance company

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

Sexe | Geschlecht
Sesso | Gender

F M

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.

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

Assurance complémentaire | Zusatzversicherung | Assicurazione complementare | Supplementary insurance

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)

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

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

Procuration | Vollmacht | Procura | Power of attorney

Parents | Eltern | Genitori | Parents

Institution | Institution | Istituzione | Institution

Prénom | Vorname | Nome | First name

Nom | Name | Cognome | Name

Adresse | Adresse | Indirizzo | Address

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

Mobile

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 au verso de la présente.

Les rendez-vous qui n'ont pas été décommandés au plus tard 24 heures à l'avance peuvent vous être facturés. Merci de nous prévenir suffisamment tôt.

Tournez SVP

Je consens explicitement au traitement de mes données, à leur consultation par le médecin / thérapeute, et à leur transmission aux destinataires suivants.

Catégorie de données	Description des données	Destinataires	Finalité
Données de laboratoire	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
Constatations	Résultats d'examens	Autres médecins / thérapeutes, hôpitaux, professionnel-les et établissements de santé, pharmacies (e-ordonnance)	Information ciblée pour d'autres investigations / traitements médicaux efficaces
Données patient-es	Dossier médical	Autres médecins / thérapeutes, pharmacies (e-ordonnance inclus) et au sein du cabinet, prestataires de services comptables	Documentation Facturation
Données de base et données relatives au traitement médical	Données pour l'affectation, le traitement médical et la facture	Prestataires de services comptables, assurances	Traitement des données pour la facturation
Facturation, données de décompte et de règlement	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
Données relatives au traitement médical et à la facturation	Données 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
Données financières et de facturation	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. 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.

Traitement des factures

La loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal) prévoit la transmission au-à 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 le-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-patients/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.

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