Déclaration de consentement

Formulaire patientèle

**Déclaration de consentement Formulaire patientèle**

**Pour le Centre de sexologie et couple de le Côte**

Version du 26.07.2023

**FORMULAIRE PATIENTELE**  - **Données personnelles**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom | | Prénom | |
| Prénom d‘usage | | Date de naissance | |
| Rue et n° | | NPA et localité | |
| Tél. / mobile | | E-mail | |
| Profession | | Employeur | |
| Médecin de famille (nom et adresse) | | | |
| Remboursement souhaité | * Assurance de base (LaMal) | | * Autre |
| Assurance-maladie | | Numéro carte d‘assurance | |
| Numéro AVS | | | |
| Adresse de contact et téléphone en cas d’urgence | | | |

**Représentation légale** (ne remplir que si nécessaire ; doit différer des informations personnelles de la patiente ou du patient)

|  |  |
| --- | --- |
| Prénom | Nom |
| Rue et n° | NPA et localité |
| Tél. / mobile | E-mail |

Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l’accès à celles-ci par la ou le psychologue ainsi qu’à leur transmission à des tiers conformément à l’information destinée à la patientèle figurant à la page suivante (page 3).

Je suis conscient-e des risques liés à l’échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d’utilisation d’outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre ma ou mon psychologue et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Je suis d’accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés.

Si des prestations sont facturées par l'assurance de base, la loi fédérale sur l’assurance-maladie (LAMal) prévoit que la patientèle reçoive une copie de la facture de la ou du psychologue.

Un rendez-vous annulé dans un laps de plus de 2 jours ouvrables (mardi-vendredi) sera facturé, indépendamment du motif d’annulation.

|  |  |
| --- | --- |
| **Lieu et date** | **Signature** |

# Information destinée à la patientèle, relative au traitement des données personnelles

Nous vous informons ci-après de la finalité poursuivie par le cabinet de psychologie susmentionné (ci après le cabinet de psychologie) lors de la collecte, de l’enregistrement ou de la transmission de vos données personnelles. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

**Responsabilités** Le cabinet de psychologie est l’entité responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données sur la santé. Si vous avez des questions concernant la protection des données ou si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la protection des données, veuillez-vous adresser à votre psychologue ou au personnel de votre cabinet de psychologie.

**Collecte et finalité du traitement des données** Vos données sont traitées (collectées, enregistrées, utilisées et conservées) sur la base du contrat de traitement et des prescriptions légales, pour atteindre l’objectif du traitement et remplir les obligations associées. Les données sont collectées par la ou le psychologue dans le cadre de votre traitement. Nous recevons également des données d’autres médecins et professionnels de la santé chargés, actuellement ou par le passé, de votre traitement, dès lors que vous y avez consenti. Seules les données relatives à votre traitement sont traitées dans votre dossier patient, qui comprend les données personnelles figurant sur le formulaire destiné à la patientèle, telles que les informations personnelles, les coordonnées et les données d’assurance, ainsi que, entre autres, l’entretien d’information mené dans le cadre du traitement, les données sur la santé collectées telles que les anamnèses, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

**Durée de conservation** Votre dossier patient sera conservé pendant 10 ans après votre dernier traitement. Passé ce délai, il sera conservé, effacé ou détruit de manière sécurisée, avec votre consentement exprès.

**Transmission des données** Nous ne transmettons vos données personnelles, en particulier les données personnelles sensibles, à des tiers externes que si la loi l’autorise ou l’exige, ou si vous avez consenti à la transmission des données dans le cadre de votre traitement.

Ces données sont transmises à votre assurance-maladie, à l’assurance-accidents ou à l’assuranceinvalidité aux fins de décompte des prestations qui vous ont été fournies. Le type de données transmises dépend des prescriptions légales.

Les données de la patientèle et de facturation requises sont transmises au bureau de recouvrement à des fins d’encaissement (recouvrement de créances exigibles).

En fonction de votre traitement et de votre consentement correspondant, des données peuvent être transmises au cas par cas à d’autres destinataires autorisés (p. ex. médecins).

**Révocation de votre consentement** Tout consentement exprès au traitement de vos données peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie. La révocation ou la demande de modification d’un consentement doit se faire par écrit. Dès réception de votre révocation écrite et dès lors que vos données ne peuvent plus être traitées sur la base d’un fondement juridique autre que le consentement, le traitement des données est interrompu. La révocation n’affecte pas la licéité du traitement des données effectué jusqu’à ladite révocation.

**Information, consultation et remise** Vous avez à tout moment le droit d’obtenir des renseignements sur les données personnelles traitées vous concernant. Vous pouvez consulter votre dossier patient ou en demander une copie, qui peut être payante. Les éventuels frais dans le cadre de la loi sur la protection des données dépendant de la charge de travail nécessaire à l’établissement de la copie vous seront préalablement communiqués.

**Droit à la transmission des données** Vous avez droit à la remise, à vous-même ou à un tiers, des données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format couramment utilisé et lisible par machine. Cela vaut en particulier également en cas de transmission des données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Toute demande de transfert direct des données à une autre personne responsable ne pourra aboutir que dans la mesure des possibilités techniques.

**Rectification de vos données** Si vous constatez ou considérez que des données traitées vous concernant sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité de demander une rectification. Lorsque l’exactitude ou le caractère incomplet de vos données ne peut être établi, vous avez la possibilité d’ajouter une mention de contestation.