

Fiche patient – Données personnelles

Données personnelles

Nom _____

Prénom _____

Rue _____

Code postal/Lieu _____

Date de naissance _____

Genre Femme Homme

Nationalité _____

Activité professionnelle _____

AHV- Numéro 756. _____

Tuteur légal/personne autorisée

Nom _____

Prénom _____

Testament de vie / directive préalable

Avez-vous un testament de vie ? un mandat de précaution ?

Coordonnées de contact

Coordonnées personnelles

Tél. privé _____

Tél. boutique _____

Tél. mobile _____

Courriel _____

Personne à contacter en cas d'urgence

Conjoint Partenaire de vie Parent/partie Fille/Fils

Autre : _____

Prénom / Nom _____

Adresse / Lieu _____

Téléphone _____

Médecin de famille

Nom du cabinet _____

Nom Docteur / Médecin _____

Lieu _____

Assurance maladie

Assurance maladie _____

Modèle _____ Franchise _____

Lieu _____

Numéro d'assurance _____

Annulations de rendez-vous

Les rendez-vous doivent être annulés au moins 24 heures à l'avance, par téléphone ou par e-mail, sinon les frais seront facturés à 50 CHF.

Facturation

INous enverrons votre facture directement à votre caisse d'assurance maladie. Si vous souhaitez que la facture vous soit envoyée à vous plutôt qu'à la compagnie d'assurance, veuillez nous le faire savoir.

Mon médecin est autorisé à transmettre les données nécessaires à la facturation tant à l'institution émettrice de la facture qu'à l'institution chargée du recouvrement éventuel de la dette ou à l'avocat qui s'en occupe ainsi qu'aux autorités compétentes de l'Etat. Pour les patients résidant à l'étranger ou disposant d'une assurance maladie étrangère, le paiement sur place est obligatoire.

Gestion de la qualité et protection des données

Nous attachons une grande importance à une qualité élevée des soins. Afin d'améliorer continuellement la qualité médicale et la sécurité des patients, nous faisons périodiquement examiner les antécédents médicaux par des spécialistes internes et externes sur une base aléatoire. En donnant votre consentement à l'utilisation ultérieure de vos données, vous contribuez à l'exigence des meilleurs soins possibles et de la sécurité des patients. Si des données sont communiquées à l'extérieur à des fins d'étude, elles sont anonymisées et aucune conclusion ne peut être tirée à votre sujet. Nous traitons vos données de manière confidentielle et les protégeons contre tout accès non autorisé.

Autorisation

Mon médecin est autorisé à demander la consultation des dossiers médicaux me concernant et à envoyer les résultats médicaux au médecin chargé du suivi du traitement.

Les médicaments, produits esthétiques ou de soins que vous recevez de votre médecin ou que nous commandons pour vous ne peuvent être ni échangés ni remboursés. Même si vous ne retirez pas votre commande, elle vous sera de toute façon facturée. Bien entendu, vous pouvez apporter les anciens médicaments à notre cabinet ou à la pharmacie la plus proche pour les éliminer correctement.

Lieu/Date _____

Signature _____



Consentement à l'envoi d'e-mails

En raison des dispositions relatives à la protection des données et à la sécurité du trafic électronique, il est généralement interdit à Swiss Med Team AG et à Derm Art d'envoyer des données personnelles dans de simples courriers électroniques non cryptés.

Par conséquent, le formulaire papier classique doit toujours être utilisé pour la correspondance. Dans le cas où vous souhaiteriez néanmoins recevoir votre rapport par e-mail, en dérogation à la réglementation en vigueur, l'envoi de ces données par simple e-mail non crypté n'est autorisé que si une déclaration signée - scannée et renvoyée par e-mail ou sur papier - est fournie par vos soins. Vous aurez donc la possibilité de faire une telle déclaration ci-dessous.

J'accepte la correspondance ou l'envoi de données au format PDF, MS Word ou JPG via e-mail à l'adresse e-mail mentionnée ci-dessus. Je suis conscient que les e-mails

Je suis conscient(e) que les e-mails qui me sont envoyés de cette manière peuvent contenir des données personnelles ou des données soumises au secret médical.

Je suis conscient(e) des risques liés à l'envoi de tels courriels - en particulier la possibilité de recevoir des courriels non autorisés.

Je suis conscient des risques liés à l'envoi de tels e-mails - notamment l'accès et l'utilisation non autorisés par des tiers - et j'en assume l'entière responsabilité.

Je ne souhaite pas recevoir de rapports médicaux par courrier, veuillez cocher la case correspondante :

Je ne consens pas à l'envoi de courrier de quelque nature que ce soit concernant la correspondance médicale.

Je souhaite recevoir les rapports médicaux par courrier, veuillez cocher et confirmer avec vos coordonnées et votre signature :

J'accepte de recevoir tout type de courrier concernant la correspondance médicale.

Lieu, date

Signature du patient ou du représentant élu
