

# DONNÉES ET INFORMATIONS PERSONNELLES

MERCI DE RETOURNER LE FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE: BIRSHOF.EMPfang@HIRSLANDEN.CH

MADAME  MONSIEUR

NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

DATE DE NAISSANCE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

RUE ET N° \_\_\_\_\_ CANTON FISCAL \_\_\_\_\_

NPA ET VILLE \_\_\_\_\_ ÉTAT CIVIL \_\_\_\_\_ NATIONALITÉ \_\_\_\_\_

MOBILE \_\_\_\_\_ TÉLÉPHONE PRIVÉ \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_ N° AVS \_\_\_\_\_

MÉDECIN DE FAMILLE (ADRESSE) \_\_\_\_\_

MÉDECIN RÉFÉRENT \_\_\_\_\_

La mention de votre spécialiste et de votre médecin de famille est importante pour que la clinique puisse les informer de l'évolution de votre séjour en clinique.

QUI VOUS A ADRESSÉ AU MÉDECIN TRAITANT (MÉDECIN AGRÉÉ) DE LA KLINIK BIRSHOF ?

SPÉCIALISTE  MÉDECIN DE FAMILLE  AUTO-TRANSFERT

LA CLINIQUE DOIT-ELLE INFORMER LE MÉDECIN DE FAMILLE ?  OUI  NON

TRAITEMENT AUPRÈS DU \_\_\_\_\_ PARTIE DU CORPS CONCERNÉE \_\_\_\_\_

MALADIE

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DE BASE

RÉGIME GÉNÉRAL DU CANTON DE DOMICILIATION

RÉGIME GÉNÉRAL POUR TOUTE LA SUISSE

NOM/ADRESSE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

CAISSE D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE  DEMI-PRIVÉE  PRIVÉE

NOM/ADRESSE \_\_\_\_\_

NUMÉRO DE POLICE \_\_\_\_\_

ACCIDENT

J'ai déjà signalé l'accident/la rechute à mon assurance

ASSURANCE ACCIDENT OBLIGATOIRE

GÉNÉRALISTE

NOM/ADRESSE \_\_\_\_\_

N° DE SINISTRE \_\_\_\_\_ N° DE POLICE \_\_\_\_\_

DATE DE L'ACCIDENT \_\_\_\_\_

ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE ACCIDENT  DEMI-PRIVÉE  PRIVÉE

NOM/ADRESSE \_\_\_\_\_

N° DE SINISTRE \_\_\_\_\_ N° DE POLICE \_\_\_\_\_

Merci de nous indiquer les coordonnées de votre caisse d'assurance maladie même si les coûts sont pris en charge par l'assurance-accidents obligatoire.

**ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE**

NOM, ADRESSE DE VOTRE EMPLOYEUR \_\_\_\_\_

TRAVAILLEZ-VOUS PLUS DE 8 HEURES PAR SEMAINE ?  OUI  NON

ADRESSE PROFESSIONNELLE POUR LES INDÉPENDANTS \_\_\_\_\_

**PARENT LE PLUS PROCHE/REPRÉSENTATION LÉGALE**

Personne avec qui vous autorisez l'échange d'informations en cas de besoin ou d'urgence.

DEGRÉ DE PARENTÉ \_\_\_\_\_

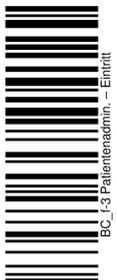
NOM \_\_\_\_\_ PRÉNOM \_\_\_\_\_

ADRESSE, NPA, DOMICILIATION \_\_\_\_\_

NUMÉRO PRIVÉ \_\_\_\_\_ NUMÉRO PROFESSIONNEL \_\_\_\_\_



ST\_5 - Entitätsformular



BC\_13 Patientenadmin. - Ermittl

## **CONTRAT DE TRAITEMENT/CONTRAT D'HOSPITALISATION (« CONTRAT »)**

Chère patiente, Cher patient,

Ce formulaire constitue la base contractuelle de votre séjour avec différents traitements, examens et interventions chirurgicales. Nous vous indiquerons en outre comment nous traitons vos données. Toutes ces informations peuvent donc vous sembler nombreuses, mais sont nécessaires à la gestion organisationnelle et financière de votre séjour et de votre traitement, et pour votre prise en charge personnelle. Nous tenons à ce que vous compreniez les aspects qui vous concernent et que vous le confirmiez par votre signature.

### **Questions juridiques**

En signant ce document, vous concluez un contrat. Vos droits et devoirs de patient de la clinique sont en grande partie réglementés par la législation (notamment par la législation cantonale sur les patients). Nous serons heureux de vous informer des dispositions légales sur demande.

Nous attirons votre attention sur le fait que la responsabilité est partagée entre le médecin accrédité indépendant et la clinique. La clinique est responsable de l'hébergement, de la restauration et des soins. La prise en charge médicale fait l'objet d'un autre contrat entre le médecin accrédité responsable et vous-même.

### **Prise en charge**

La clinique est un hôpital privé. Elle se trouve sur la liste des hôpitaux du canton du site de la clinique et d'un certain nombre d'autres cantons. Les coûts de traitement et de séjour peuvent être partiellement ou totalement pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Pour les soins non couverts par l'AOS, une assurance complémentaire d'hospitalisation avec une couverture suffisante est nécessaire. Sur la base des informations fournies, la clinique effectue une demande de prise en charge auprès de votre assurance (sous réserve d'accord contraire). Elle ne peut néanmoins pas garantir la prise en charge des frais. La consultation d'autres spécialistes peut impliquer une facturation séparée. La facturation des prestations s'effectue sur la base des contrats existants avec les assurances. En cas d'absence de contrat avec un assureur ou d'absence totale de couverture d'assurance (payeur direct), vous êtes tenu de supporter vous-même les coûts non couverts. Si vous le souhaitez, nous pouvons établir un devis. En l'absence de garantie de prise en charge de votre assurance avant votre admission, la clinique peut exiger le versement d'un dépôt suffisant ou refuser votre hospitalisation.

Nous vous prions de vérifier votre couverture d'assurance pour votre hospitalisation et en particulier pour les prestations que vous souhaitez faire valoir allant au-delà des prestations obligatoires légales, et de joindre une copie du certificat d'assurance de votre assureur. En tant que preneur d'assurance, vous devez veiller à avoir une couverture d'assurance adéquate et vous assumez les risques liés aux coûts en cas de restrictions de couverture.

### **Protection des données**

#### **A. Informations sur l'utilisation et le traitement de vos données personnelles et médicales**

##### **1 Généralités**

- a. Nous relevons, collectons, traitons et enregistrons toutes les données que vous mettez à notre disposition et qui sont nécessaires à l'exécution du contrat. Différentes données patients peuvent également nous être transmises par les personnes accompagnatrices, les proches, les médecins référents, les intermédiaires ou les médecins accrédités.
- b. La gestion de vos examens / traitements etc. est assurée au Hirslanden Corporate Office, Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark (gestion administrative centralisée) ou à la clinique. Les données personnelles et médicales nécessaires à la gestion sont transmises aux services compétents. En cas de procédure d'encaissement, de cession de créance ou de litiges découlant du contrat de soins, vos données peuvent être transmises à des tiers tels que des centrales d'encaissement, des tiers mandatés etc., ainsi qu'à des autorités comme les offices des poursuites et des faillites, les tribunaux, etc.
- c. Une transmission de vos données de patient (par ex. dossier de patient avec rapport médical, rapport d'opération et rapport de sortie) à des services externes (par ex. aux assurances mentionnées en page 1) peut également être requise dans le cadre de l'obtention de la garantie de prise en charge, de la facturation et de traitements externes ultérieurs (hôpitaux, centres de réadaptation etc.).

- 2 Implication d'autres médecins et présentation de données médicales dans le cadre de conférences de cas :  
Vos données médicales, y compris vos données d'imagerie médicale, sont enregistrées électroniquement et peuvent être consultées par d'autres médecins impliqués dans votre traitement ainsi que par des médecins accrédités et éventuellement par d'autres cliniques ou cabinets du groupe Hirslanden en Suisse et, en cas d'examen de téléradiologie, par des radiologues exerçant dans des pays voisins de la Suisse, si cela s'avère nécessaire dans le cadre de votre traitement. Afin d'assurer un planning de traitement individuel et interdisciplinaire, vos données médicales peuvent être présentées dans le cadre de conférences de cas (pouvant comprendre la consultation d'experts médicaux externes, de réunions postopératoires etc.). Dans ce cadre, nous satisfaisons aux réglementations cantonales/intercantionales ainsi qu'aux exigences légales.
- 3 Les registres médicaux apportent une contribution essentielle à l'assurance qualité. Nous sommes soumis à des obligations légales de signalement qui nous obligent à transmettre les données personnelles rendues anonymes aux registres médicaux (registres cliniques et épidémiologiques), aux organismes payeurs (assurances, cantons) et, notamment, à l'Office fédéral de la statistique. Au niveau cantonal, les données sont transmises au service chargé de la tenue du registre (loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques) sous une forme non anonyme. Votre médecin traitant peut vous fournir des informations détaillées à ce sujet.

En signant le contrat, vous consentez à l'utilisation de vos données personnelles et médicales aux fins mentionnées aux chiffres 1 à 3.

#### **B. Vidéosurveillance à la clinique**

Le système de vidéosurveillance doit permettre la surveillance des espaces potentiellement dangereux pour la protection des patients, des visiteurs, de la clinique ainsi que de son personnel contre l'effraction, le vol, la violation de domicile, le vandalisme et les nuisances ainsi que d'autres atteintes à la sécurité et à l'intégrité personnelle. La vidéosurveillance doit dissuader les auteurs potentiels d'infractions et permettre de clarifier la situation en cas d'infraction avérée. Le temps de conservation des données vidéo est de courte durée.

Dans les services spécialisés tels que l'unité de soins intensifs ou le bloc opératoire, les installations vidéo permettent une surveillance et un pilotage des processus et offrent un soutien aux collaborateurs. Ces données vidéo ne sont pas enregistrées.

Les espaces de vidéosurveillance sont signalés comme tels pour tous.

#### **C. Contact, renseignements, droits (révocation, rectification, transmission, limitation, suppression, recours)**

En cas de questions, veuillez-vous adresser à votre médecin. Vous pouvez révoquer à tout moment et gratuitement l'utilisation de vos données personnelles à l'avenir (révocation, cf. aussi ci-dessus), demander des renseignements sur les données enregistrées chez nous vous concernant, ou demander leur suppression dans la mesure où cette demande ne contrevient à aucune obligation légale de conservation. En outre, un droit de recours auprès d'une autorité compétente de surveillance de la protection des données s'applique dans certaines conditions. Pour toute question ou demande sur la protection des données, veuillez nous contacter à l'adresse [datenschutz@hirslanden.ch](mailto:datenschutz@hirslanden.ch).

#### **For juridique**

Pour tous les litiges entre le patient et la clinique, les tribunaux compétents sont ceux du siège de la clinique. Seul le droit suisse est applicable.

En signant le contrat, vous consentez à l'utilisation de vos données personnelles et médicales aux fins mentionnées ci-dessus et prenez connaissance de l'existence d'une vidéosurveillance.

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

## **DEMANDE D'UTILISATION DE VOS DONNÉES DE SANTÉ ET DE VOTRE MATÉRIEL BIOLOGIQUE POUR LA RECHERCHE MÉDICALE :**

Chère patiente, Cher patiente,

Les progrès de la médecine reposent sur la recherche scientifique. Pour pouvoir mener cette recherche, les chercheurs ont besoin de données de santé et de matériel biologique (échantillons) de personnes en bonne santé et de personnes malades. Nous vous demandons ainsi si vous nous autorisez à utiliser vos données et échantillons sous forme chiffrée et anonyme à des fins de recherche médicale. Un chiffrement et une anonymisation garantissent qu'aucune conclusion ne pourra être déduite sur votre personne à partir de vos données.

### **Qu'implique votre consentement ?**

Si vous donnez votre consentement, certains de vos échantillons et données pourront être utilisés pour de futurs projets de recherche médicale dans le respect des dispositions relatives à la protection des données en vigueur en Suisse et à l'étranger (LPD, RGPD de l'UE). Le consentement vaut pour toutes les données qui ont déjà été collectées à l'hôpital ou qui le seront à l'avenir. Cette disposition s'applique également aux échantillons.

### **Quels échantillons et données sont utilisés ?**

On utilise vos données personnelles (par ex. âge, sexe) et les données de votre dossier médical qui sont de toute façon générées lors d'examens ou de traitements à la clinique. En font notamment partie les éventuels facteurs de risque, les résultats des examens cliniques et d'imagerie ainsi que les analyses de laboratoire. Les échantillons portent sur du matériel résiduel (par ex. sang, urine, tissus) qui serait stocké ou détruit.

### **Les projets de recherche sont-ils examinés par une commission d'éthique ?**

Les projets de recherche menés en Suisse doivent être approuvés par une commission d'éthique compétente et indépendante. La commission d'éthique vérifie également si les prescriptions de protection des données sont respectées.

### **Quelle est l'utilité et quels sont les risques ?**

En mettant vos données et vos échantillons à la disposition de la recherche, vous n'en retirez aucune utilité directe personnelle. Vous fournissez toutefois une contribution essentielle à la recherche médicale. Si un résultat devait s'avérer pertinent pour votre santé personnelle, vous serez informé(e) dans la mesure du possible (ce n'est pas possible en cas de recherche utilisant des échantillons anonymes). Les risques sont réduits à leur minimum avec les mesures de protection des données adaptées. Dans le cadre de données cryptées, la clé de chiffrement (liste de correspondance entre le code et la personne correspondante) est conservée dans notre clinique dans le respect de mesures de sécurité strictes.

### **Pouvez-vous retirer votre consentement ?**

Vous avez le droit de retirer à tout moment votre consentement sans fournir de justification (révocation). Une révocation n'a aucune répercussion sur la poursuite de votre traitement et de votre prise en charge médicale. Si vous révoquez votre consentement, vos données et échantillons utilisés dans un projet de recherche déjà commencé peuvent toutefois être analysés jusqu'à la fin du projet entamé.

En cas de questions, veuillez-vous adresser à votre médecin. Vous trouverez de plus amples informations sur notre site Internet sous Recherche et formation.

Je consens à ce que mes données de santé et mes échantillons soient utilisés pour la recherche :

Oui  Non

Lieu, date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

**Envoyer\***

\* Veuillez retourner le formulaire sans signature. La signature aura lieu à la réception de la Hirslanden Klinik Birshof.