

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 _____

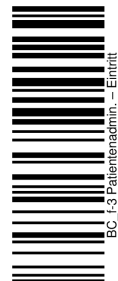
NOM _____ PRÉNOM _____

ADRESSE, NPA, DOMICILIATION _____

NUMÉRO PRIVÉ _____ NUMÉRO PROFESSIONNEL _____



ST_5 - Entitätsformular



BC_13 Patientenadmin. - Emittit

Chère patiente, Cher patient,

Ce formulaire constitue la base contractuelle de votre traitement. Vos droits et devoirs en tant que patient de l'établissement médical sont en grande partie réglementés par la législation (notamment par la législation cantonale sur les patients). Le traitement peut être dispensé par des médecins employés ou indépendants exerçant dans l'établissement médical. Il existe une responsabilité civile distincte entre les médecins indépendants et le groupe Hirslanden.

Les prestations obligatoires sont facturées conformément aux bases légales de votre caisse d'assurance maladie. Pour les prestations non obligatoires ou, en cas d'absence de couverture d'assurance, le principe du payeur direct est appliqué. 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.

Nous collectons, enregistrons et traitons toutes les données que vous mettez à notre disposition et qui sont nécessaires à l'exécution du contrat. Certaines données patients peuvent également nous être transmises par les personnes accompagnatrices, les proches, les médecins référents, les intermédiaires ou les médecins accrédités. Les données personnelles et médicales nécessaires à la gestion sont transmises au Hirslanden Corporate Office, Boulevard Lilienthal 2, 8152 Glattpark. 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 centrales d'encaissement, des tiers mandatés, ainsi qu'à des autorités, les tribunaux, etc. Une transmission de vos données de patient et des rapports médicaux à des services externes peut également être requise dans le cadre de l'obtention d'une garantie de prise en charge, de la facturation et de traitements externes ultérieurs.

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.

Nous sommes soumis à des obligations légales de signalement notamment vis-à-vis des registres médicaux qui nous demandent de leur transmettre des données personnelles rendues anonymes, comme par exemple l'Office fédéral de la statistique. Au niveau cantonal, les données sont transmises aux services chargés de la tenue des registres (par ex. loi sur l'enregistrement des maladies oncologiques) sous une forme non anonyme.

Dans la mesure du possible, nous vous informerons par SMS ou par e-mail de vos prochains rendez-vous en radiologie et mettrons vos résultats d'examen à votre disposition via un portail web. Nous vous recommandons de discuter des résultats avec votre médecin traitant.

Pour la protection des patients, des visiteurs, du personnel de la clinique, les locaux et les accès sont placés sous vidéo-surveillance. La durée de stockage des enregistrements vidéo est limitée dans le temps.

Les données de radiologie peuvent être analysées et transmises de manière contrôlée sous forme anonyme à des fins d'assurance qualité.

J'accepte que mes données de radiologie soient analysées à des fins de recherche sous forme anonyme.

Oui Non

En cas de questions, veuillez-vous adresser au personnel médical.

Vous pouvez révoquer à tout moment et gratuitement l'utilisation de vos données personnelles à l'avenir, ou demander des renseignements sur les données enregistrées chez nous vous concernant, ou encore 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.

Les tribunaux compétents sont ceux du siège de l'établissement médical. Seul le droit suisse est applicable.

Par votre signature, vous consentez à l'utilisation de vos données personnelles et médicales aux fins mentionnées ci-dessus.

Lieu, date: _____ Signature: _____

Envoyer*

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