



Information aux patient-e-s concernant la gestion des données patient

Je confirme expressément que j'accepte le traitement de mes données, l'accès à ces données par la dentiste traitante, l'assistante en prophylaxie, l'hygiéniste dentaire ou l'assistante dentaire, ainsi que la transmission de ces données aux destinataires suivants en Suisse.

Catégorie de données	Description des données	Destinataire	Objectif
Données d'identification et de traitement	Données pour l'attribution, le traitement et la facturation	Prestataires de services pour la facturation, compagnies d'assurance	Traitement aux fins de facturation
Données de diagnostic	Résultats d'examens	Autres médecins, dentistes, thérapeutes, hôpitaux, pharmacies, compagnies d'assurance, autorités	Informations ciblées concernant les investigations ou traitements ultérieurs efficaces
Données des patientes et patients	Informations ciblées sur les investigations/traitements ultérieurs efficaces	Autres médecins, dentistes, thérapeutes, hôpitaux, pharmacies, compagnies d'assurance, autorités, ainsi que prestataires de services en comptabilité.	Documentation de la facturation
Données de laboratoire Prises d'empreintes	Données du patient en lien avec l'histopathologie Scans/Photos/Empreintes	Laboratoire d'histopathologie Laboratoire de prothèse dentaire	Investigations et traitement médical Traitement ultérieur des prises d'empreintes
Facturation et données de facturation	Facturation des traitements et des prestations médicales, rappels et autres processus de traitement des factures	Service de recouvrement choisi par la pratique Fournisseurs de logiciels ou d'informations pour la pratique choisis, ainsi que support informatique	Facturation conformément aux dispositions légales et contractuelles
Données financières et de facturation	Données de facturation et de tenue de la comptabilité ordinaire	Prestataire de services comptables et de facturation	Création de factures et comptabilité

Défaut de paiement

Si je ne m'acquiesce pas de mon obligation de paiement dans le délai imparti, ou si je renonce à une objection valable, je serai en défaut de paiement à l'expiration de ce délai sans autre rappel. Le prestataire de services peut faire appel à des tiers pour le recouvrement à tout moment. Les frais du défaut de paiement sont à ma charge.

Transmission des données

Je suis conscient(e) des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles particulièrement sensibles (risque d'accès non autorisé par des tiers en cas de voies de communication non sécurisées), ainsi que de mes droits. J'accepte que ma professionnelle de la santé traitante et moi-même en tant que patiente/patient puissions être en contact mutuel par le biais des coordonnées de contact fournies ci-dessus. Cela s'applique également à l'échange de données au sein de la pratique et pour les remplacements.

Sur la base des explications ci-dessus ainsi que d'éventuelles autres déclarations orales, je consens par ma signature à ce que mes données personnelles soient traitées et transmises conformément aux règles de protection des données. De plus, je prends note que mon consentement peut être révoqué en tout ou en partie à tout moment, sans affecter la légalité du traitement effectué en fonction du consentement donné avant la révocation. La révocation doit être faite obligatoirement par écrit.

De plus, je comprends que ma demande de suppression de données n'entraîne généralement pas la suppression, car le professionnel de la santé responsable et la pratique sont légalement tenus de conserver mes données. Par conséquent, la demande de suppression n'entraîne la suppression de mes données auprès de ma professionnelle de la santé traitante ou de la pratique que dans des cas exceptionnels justifiés et confirmés. Dans ce cas, je décharge par la présente ma professionnelle de la santé de l'obligation légale de conservation.

J'ai été informé(e) que le document complémentaire « Information aux patients concernant le traitement des données personnelles » est à ma disposition.

Lieu, Date _____ Signature _____