

Sexe <input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> f / <input type="checkbox"/> d	Date de naissance
Prénom	Nom
Rue	NPA, localité
Tél. mobile	E-Mail
Tél. privé	Tél. professionnel
Profession	Employeur
Représentant légal	Caisse maladie / Assurance
Médecin de famille, médecin traitant (téléphone)	
Dentiste référent (lieu, téléphone)	

Recevez-vous un soutien de l'assistance, de services sociaux, de l'assurance sociale ou d'une oeuvre d'entraide?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Voulez-vous recevoir un rappel d'événement par SMS?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**Certaines maladies peuvent avoir une incidence sur la prise en charge. Nous vous prions donc de répondre par «Oui» ou par «Non» aux questions suivantes. Merci!**

Etes-vous actuellement traité/e par un médecin ou avez-vous été hospitalisé? Si oui, pourquoi?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Prenez-vous régulièrement des médicaments <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	du diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des bisphosphonates? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	de l'asthme, le rhume des foins	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Circulation: tension artérielle <input type="checkbox"/> trop haute <input type="checkbox"/> trop basse <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	maladies rhumatismales	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
des maladies sanguines <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	des crises d'épilepsie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
des saignements de longue durée <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Prothèse de la hanche / stimulateur cardiaque	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Avez-vous déjà suivi un traitement pour une ou plusieurs des maladies suivantes?**

Avez-vous actuellement ou avez-vous déjà eu une autre maladie grave dont il n'est pas question ici (p. ex. une maladie auto-immune, de l'ostéoporose, une maladie infectieuse, une hépatite, le VIH, la tuberculose)? Si oui, laquelle?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allergies: présentez-vous des réactions d'hypersensibilité aux piqûres/médicaments/substances/latex? Si oui, sur laquelle?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous une carte d'identification médicale (p. ex. carte d'allergie, carte d'endocardite, liste de médicaments)?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Avez-vous déjà eu un accident ayant impliqué la tête ou le visage? Si oui, quand?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fumez-vous? Nombre de cigarettes par jour:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de la drogue?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Pour les patientes

Êtes-vous enceinte? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, de combien de mois?	Allaitiez-vous? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
---	-----------------------------	---

En signant ce document, je confirme que j'accepte, sous réserve de révocation, le traitement de mes données personnelles, l'accès à mes données personnelles par le ou la dentiste et la transmission de mes données personnelles à des tiers, dans le cadre de l'information des patients/la loi sur la protection des données.

J'ai lu l'information des patients/la loi sur la protection des données au verso et je suis d'accord avec le contenu.

Lieu, date	Signature
------------	-----------

## Information patient-es sur le traitement des données personnelles – Nouvelle loi sur la protection des données (LPD)

Nous vous informons ci-après de la raison pour laquelle le cabinet de traitement de racine du Dr Stefan Hänni recueille vos données personnelles, les stockent ou les transmettent. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

**Responsabilités** Le cabinet est responsable du traitement de vos données personnelles, et de celles de santé en particulier. Si vous avez des questions sur la protection des données ou si vous souhaitez exercer vos droits dans le cadre de la protection des données, veuillez-vous adresser au personnel du cabinet, ou directement à votre dentiste.

**Collecte et finalité du traitement des données** Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) de vos données est effectué sur la base de la consultation médicale et des dispositions légales relatives à sa réalisation et aux obligations qui y sont liées. La collecte de données personnelles s'effectue unilatéralement par la ou le dentiste traitant dans le cadre de votre prise en charge. Des données nous sont par ailleurs communiquées par d'autres médecins et professionnel-les de santé, par qui vous êtes ou avez été suivi-e, dans la mesure où vous leur avez donné votre accord. Seules sont traitées dans votre dossier médical des données relatives à votre traitement. Le dossier médical comprend également les renseignements personnels que vous avez fournis dans le formulaire patient-e, tels que votre identité, vos coordonnées, votre caisse d'assurance, mais aussi, l'entretien informatif réalisé dans le cadre du traitement médical, ou encore les données de santé recueillies comme l'anamnèse, les diagnostics, les propositions de soins et les résultats.

**Durée de conservation des données** Votre dossier médical est conservé par principe pendant 20 ans à compter de votre dernier traitement.

**Transmission des données** Nous ne transmettons vos données personnelles et plus particulièrement vos données médicales, à des tiers externes que lorsque la loi nous y autorise ou nous l'impose, ou lorsque vous nous donnez votre consentement pour que vos données soient communiquées dans le cadre de votre traitement médical.

- La transmission de vos données à votre assurance maladie ou à votre assurance accidents/invalidité services sociaux a pour objet la facturation des prestations médicales qui vous ont été fournies. Les données transmises sont conformes aux dispositions légales
- En fonction de votre traitement médical et de votre consentement correspondant, des données peuvent être transmises au cas par cas à d'autres destinataires autorisés (p. ex. laboratoires, autres médecins).
- Les données patient-es et de facturation nécessaires sont transmises à la société de recouvrement (encaissement des créances échues).

**Retrait du 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. Le retrait du consentement ne remet pas en cause la légalité des traitements de données effectués en amont.

**Communication d'information, consultation et remise** Vous avez droit à une information sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise d'une copie peut être payante. Le coût éventuel, qui varie en fonction de la complexité de la réalisation de la copie, vous sera précisé au préalable.

**Droit à la transmission des données** Vous avez le droit de vous faire remettre directement, ou de faire remettre à un tiers, dans un format informatique couramment utilisé et lisible, des données que nous traitons automatiquement ou numériquement. Cela s'applique notamment dans le contexte de la communication de données médicales à un-e professionnel-le de santé de votre choix. Si vous demandez la transmission directe des données à un autre responsable de traitement, cette demande ne sera satisfaite que si cela est techniquement possible.

**Rectification de vos informations** Si vous constatez – ou estimez – que vos données sont incorrectes ou incomplètes, vous avez la possibilité d'exiger une rectification. S'il ne peut être constaté que vos données sont correctes ou incomplètes, vous avez la possibilité de les contester.

(Version du 1er septembre 2023)