

Déclaration de consentement au traitement des données

COORDONNÉES PERSONNELLES

Nom de famille : Prénom :

Sexe : Date de naissance :

Rue de résidence : NPA et lieu :

Numéro de téléphone : E-mail :

REPRÉSENTANT LÉGAL (le cas échéant)

Nom de famille : Prénom :

Sexe : Date de naissance :

Rue de résidence : NPA et lieu :

Numéro de téléphone : E-mail :

Par ma signature, je confirme que je suis d'accord avec la présente déclaration concernant le traitement de mes données par le groupe Swiss Medical Network, composé de tous ses établissements de santé (ci-après « Swiss Medical Network ») et par les professionnels de la santé impliqués dans le traitement, ainsi que la transmission à des tiers conformément à l'information aux patients sur le traitement des données personnelles. Ce formulaire contient mon consentement au traitement de mes données en vue d'une prestation médicale envisagée et demeure valable pour les futures prestations médicales au sein de Swiss Medical Network. J'ai lu et pris connaissance de « l'Information aux patients sur l'utilisation des données personnelles » correspondante.

J'autorise le contact mutuel entre mon médecin traitant et/ou Swiss Medical Network et moi-même en tant que patient au moyen des coordonnées mentionnées ci-dessus. Pour garantir la sécurité des données, Swiss Medical Network communique les informations relatives aux patients exclusivement par des moyens de communication sécurisés. J'accepte que des questions administratives, comme par exemples des reports de rendez-vous, puissent éventuellement transiter par des e-mails non cryptés (d'une adresse e-mail cryptée (p. ex. adresse HIN) à une adresse de destinataire privée non sécurisée comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.). Dans ce contexte, il existe toujours une possibilité de consultation par des tiers non autorisés, dans la mesure où des moyens de communication privés non sécurisés sont utilisés.

☐ Il m'a été indiqué que le document « Information aux patients sur le traitement des données personnelles » est à ma disposition avec le QR Code ci-dessous.

Lieu, date

Signature du patient (ou de son représentant légal)

