

Formulaire patient de consentement au traitement des données

Pour l'exécution de nos tâches, les traitements des données suivants peuvent s'avérer nécessaires:

Catégorie de données	Description des données	Destinataire	Finalité
Données relatives au traitement, Compte rendu de sortie, Compte rendu opératoire, Compte rendu de consultation, imagerie, diagnostic	Diagnostics, évaluations, Évolution, médicaments, Procédure, récapitulatif des antécédents médicaux, données de laboratoire	Prestataires précédents et suivants en charge du processus de traitement du patient	Sécurité des patients, adressage, consultation consilium
Documents d'assurance Renseignements personnels	Clarification auprès de l'assurance-maladie, accidents et complémentaire, Identification des patients étrangers pour le service de facturation	Assurance-maladie, accidents et complémentaire, Autorités et administrations, payeurs directs	Garanties de prise en charge des coûts Facturation des prestations Exclusions Franchise Délai de carence

Toute révocation peuvent être effectuées à tout moment par e-mail à datenschutz@spital-lachen.ch.

Tous les traitements effectués jusqu'à la révocation restent licites.

Les traitements et notifications fondés sur une base légale ne sont pas affectés par ce consentement.

Vous trouverez la déclaration de confidentialité dans son intégralité, avec les explications correspondantes sur la nature et la méthode de traitement des données, ainsi que vos droits en lien avec vos données personnelles sur le site Internet de Spital Lachen AG à l'adresse www.spital-lachen.ch (mentions légales). Si vous avez des questions en lien avec la déclaration de confidentialité, veuillez contacter datenschutz@spital-lachen.ch.

Par la présente, j'autorise le traitement / la transmission de mes données susmentionnées. S'il existe une procuration écrite en qualité de mandataire / représentant légal, le mandataire doit pouvoir remettre une copie de ladite procuration et attester de son identité au moyen d'un justificatif officiel.

Pour communiquer avec vous par e-mail, ce qui est juridiquement litigieux, vous devez donner votre consentement exprès sur le formulaire «Inscription pour patients ambulatoires et stationnaires». En cas d'envoi d'informations de santé par e-mail non crypté, la confidentialité de la transmission ne peut être garantie. En indiquant votre adresse e-mail et en apposant votre signature, vous consentez à communiquer par e-mail non crypté.

Nom

Prénom

Date de naissance

Lieu, Date

Signature du patient / de la personne habilitée à signer