



ANAMNESE MÉDICALE

VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE EN LETTRE MAJUSCULES

N° patient :

Nom Prénom.....
Date de naissance..... Nationalité
Rue Code postal / ville
Tél. privé Tél. professionnel
Portable..... Courriel.....
Profession / Titre Employeur : (nom et adresse).....
Votre visite est-elle prise en charge par la AVS / AI ?
Nom de votre **médecin de famille / dentiste**
E-Mail

Nous vous rappelons votre rendez-vous par SMS, si vous ne le souhaitez, pas merci de cocher la case suivante : non

Nous vous envoyons la facture, le devis et autres par E-mail, si vous ne le souhaitez pas merci de cocher la case suivante : non

Recommandé par

De nombreuses maladies peuvent avoir une influence sur le bon déroulement des soins dentaires. Ce questionnaire nous permet de connaître toutes les informations importantes sur votre état de santé et d'adapter nos soins individuellement en fonction de vos antécédents médicaux. Les données contenues dans ce questionnaire seront traitées à titre confidentiel et protégées par le secret médical.

Motif de la consultation :

Avez-vous dernièrement bénéficié de soins médicaux ? oui non

Si oui, pour quelle raison ?

Avez-vous ou avez-vous déjà eu une hépatite (ictère) ? oui non

Êtes-vous séropositif(ve) ou sidéen(ne) ? oui non

Affections cardiaques :

Endocardite (inflammation de l'endocarde) : oui non

Vice valvulaire / Valvule cardiaque artificielle..... oui non

Angine de poitrine..... oui non

Infarctus..... oui non

Hypertension / hypotension..... oui non

Affections sanguines :

Anémie..... oui non

Hémophilie (hémorragie)..... oui non

Êtes-vous sous anticoagulant (hémodilution)?..... oui non

Êtes-vous diabétique ?..... oui non

Avez-vous des allergies ?..... oui non

Si oui, lesquelles ?

Êtes-vous hypersensible aux piqûres ?..... oui non

Fumez-vous ? À quelle fréquence ?..... oui non

Prenez-vous régulièrement des médicaments ? oui non

Si oui, lesquels ?

Consommez-vous des drogues ?..... oui non

Si oui, lesquels ?

Êtes-vous épileptique ?..... oui non

Êtes-vous actuellement enceinte ? Depuis combien de semaines ?..... oui non

Je soussigné(e) certifie la véracité des données ci-dessus et vous autorise à transmettre les données ou résultats de mon dossier médical, y compris les radiographies ou les photos (que ce soit sous forme de photocopies ou impressions) sur simple demande d'autres organismes médicaux, assurances, sociétés de recouvrement ou d'exploitation, que ce soit pour des raisons médicales, juridiques ou financières.

Par la présente, j'autorise le cabinet dentaire de Kerzers à transmettre en clair les données relatives à mon patient. J'ai lu l'information aux patients/la loi sur la protection des données au verso et je l'accepte.

Kerzers, le.....

Signature :



ZAHNARZT KERZERS
Dres.med.dent. Eidg.dipl.Zahnärzte
A. IVANOVIĆ & P. STAUB

Information aux patients sur le traitement des données personnelles - nouvelle loi sur la protection des données

Nous vous informons ci-après dans quel but le cabinet Zahnarzt Kerzers GmbH collecte, enregistre et transmet vos données personnelles ou les transmettent. De plus, nous vous informons sur les droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données. Vous pouvez exercer vos droits.

Responsabilités Le responsable du traitement de vos données personnelles, et en particulier de vos données médicales, est le cabinet médical. Données relatives à la santé est le cabinet. 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, vous pouvez vous adresser au cabinet dentaire. Veuillez vous adresser au personnel du cabinet ou directement à votre médecin-dentiste.

Collecte et objectif du traitement des données Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) des données est régi par le contrat de soins. De vos données est effectué sur la base du contrat de traitement et des prescriptions légales pour remplir le but du traitement. Ainsi que pour les obligations qui y sont liées. La collecte des données est effectuée d'une part par le/la praticien(ne) traitant(e). Dentiste dans le cadre de votre traitement. D'autre part, nous recevons également des données d'autres médecins et de professionnels de la santé auprès desquels vous avez été ou êtes en traitement, si vous avez donné votre consentement à cet effet. Dans seules les données en rapport avec votre traitement médical sont traitées dans votre dossier médical. Le dossier médical comprend les informations personnelles fournies sur le formulaire du patient, telles que les données personnelles, coordonnées et informations sur l'assurance, ainsi que, entre autres, le dossier médical réalisé dans le cadre du traitement. L'entretien d'information, les données de santé recueillies telles que les antécédents médicaux, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Durée de conservation Votre dossier médical est conservé pendant 20 ans après votre dernier traitement. Transmission des données Vos données personnelles, et en particulier vos données médicales, ne sont transmises à des tiers que si la loi le permet. Tiers si la loi le permet ou l'exige, ou si vous avez consenti à la transmission de ces données dans le cadre de votre traitement. Données ont été acceptées.

- La transmission à votre assurance-maladie ou à l'assurance-accidents ou invalidité, -services sociaux a lieu dans le but de facturer les prestations qui vous sont fournies. Le type de données transmises est conforme à la législation se base sur les dispositions légales.
- Dans certains cas, en fonction de votre traitement et de votre consentement, des données peuvent être transmises à des tiers. Données à d'autres destinataires autorisés (par ex. à d'autres professionnels de la santé).
- Les radiographies, les photos et vidéos intra-orales ainsi que les scans intra-oraux peuvent être utilisés pour planifications de cas (y compris les prestataires externes), à des fins de formation continue interne et externe, de conférences, de marketing (par ex. site web, médias sociaux, etc.).
- La transmission des données nécessaires concernant les patients et les factures à l'entreprise de recouvrement a lieu dans le but de recouvrement des créances financières en souffrance.

Révocation de votre consentement Si vous avez donné votre consentement exprès à un traitement de données, vous pouvez révoquer à tout moment ou partie du consentement déjà donné. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit être consentement se faire par écrit. Dès que nous avons reçu votre révocation écrite et que le traitement ne se fonde sur aucun base juridique autre que le consentement, le traitement est interrompu. La légalité du traitement des données. Le traitement des données effectué jusqu'à la révocation n'est pas affecté par la révocation.

Vous avez à tout moment le droit d'obtenir des informations sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie. La remise de la copie peut être payante. Les frais éventuels, qui dépendent de la complexité de l'établissement de la copie, vous seront communiqués au préalable.

Droit à la transmission des données Vous avez le droit de recevoir ou de transmettre à un tiers les données que nous traitons de manière automatisée ou numérique. Tiers dans un format courant et lisible par machine. Cela vaut en particulier aussi pour la transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Dans la mesure où vous demandez le transfert direct des données à un autre responsable, cela ne se fera que dans la mesure où cela est techniquement réalisable.

Rectification de vos données Si vous constatez ou estimez que vos données sont incorrectes ou incomplètes, vous avez la possibilité d'en demander la rectification. Si l'exactitude ou l'incomplétude de vos données ne peut être établie, vous pouvez demander un avis de contestation. Peut être établie, vous avez la possibilité de demander l'apposition d'une mention de contestation.