

FORMULAIRE PATIENTÈLE



Prénom

Nom

Date de naissance

Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l'accès à celles-ci par la ou le médecin ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément aux « [informations relatives au traitement des données personnelles](#) » figurant sur le site internet du Centre ORL Lémanique : orl-leman.ch.

Je suis conscient-e des risques liés à l'échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d'utilisation d'outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre ma ou mon médecin et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Le Centre ORL Lémanique transmet les informations concernant les patients exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés (d'une adresse @hin vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.).

La loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) prévoit que la patientèle reçoive une copie de la facture de la ou du médecin.

Lieu, date

Signature

Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés. Nous vous prions de bien vouloir nous informer en temps voulu de vos éventuelles indisponibilités.