

## CONSENTEMENT AU TRAITEMENT DE VOS DONNÉES PERSONNELLES

La Loi sur la protection des données prévoit que le traitement des données de santé nécessite en principe le consentement exprès des patient·e·s. Pour remplir cette condition juridique, vous êtes tenu·e de confirmer votre consentement avec votre signature.

**Je confirme expressément que je suis d'accord avec le traitement de mes données, l'accès à ces données par les spécialistes traitants et la transmission de ces données aux destinataires suivants.**

Catégorie de données	Description des données	Destinataire	Objectif
Données relatives aux patient·e·s	Dossier médical	Autres spécialistes externes / internes et prestataire de services comptables	Documentation, facturation
Données de base et de traitement	Données pour l'affectation, le traitement et la facture	Prestataire de services de facturation, assurances	Traitement de la facturation
Facturation, données de décompte et de règlement	Facturation du traitement et des services médicaux, rappel et traitement ultérieur des factures	Prestataire de services de facturation et de recouvrement, sélection de fournisseurs de logiciels ou d'informations pratiques, assistance informatique	Facturation selon les exigences légales et contractuelles ainsi que le développement informatique, contrôles de solvabilité
Finance et comptabilité	Données relatives à la facturation et à la tenue de la comptabilité ordinaire	Prestataire de services de comptabilité et de facturation	Établissement de la facture et de la comptabilité

Je connais les risques éventuels lié aux échanges de données personnelles particulièrement sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés lors de l'utilisation de moyens de communication peu sécurisés), ainsi que mes droits. Je donne mon consentement pour le contact mutuel entre anaPRaX AG et moi-même en tant que patient·e via les informations de contact fournies. Ce consentement s'applique aussi à l'échange de données au sein d'anaPRaX AG.

Par ma signature, je consens au traitement et à la transmission de mes données personnelles conformément à la protection des données. En outre, je prends acte du fait que mon consentement peut être retiré à tout moment, en tout ou en partie, sans que la légalité du traitement effectué en amont sur la base de mon consentement ne soit compromise. Le retrait doit impérativement être notifié par écrit. En outre, ma demande de suppression ne conduit en principe pas à un effacement, car la loi oblige le professionnel de la santé responsable ou anaPRaX AG à conserver mes données. Par conséquent, ma demande de suppression ne donnera lieu à l'effacement de mes données auprès du professionnel de la santé ou anaPRaX AG que dans des cas exceptionnels justifiés lors d'une annulation confirmée. Dans le même temps, je libère dans ce cas mon professionnel de la santé traitant de son obligation légale de conservation.

Date

Signature du / de la patient·e ou du / la représentant·e légal·e

→ Veuillez remplir le formulaire et l'envoyer à anaPRaX en temps utile par courrier ou par e-mail.