



Adressaufkleber

wird am Anmeldeschalter aufgeklebt

Déclaration de consentement

Information relative à la protection des données et déclaration de consentement

Vos données médicales sont protégées par la loi sur la protection des données. À l'Institut de radiologie médicale (MRI), il s'agit principalement d'images et de rapports concernant ces images. En signant, vous confirmez que vous consentez au traitement conformément à notre déclaration de confidentialité (disponible sous <https://mri-roentgen.ch/politique-de-confidentialite/> ou via le code QR à droite).



Je consens notamment aux traitements suivants:

- Je confirme par la présente que le MRI est autorisé jusqu'à nouvel ordre à demander des examens préalables et des rapports médicaux me concernant et à transmettre mes examens et rapports médicaux aux médecins et hôpitaux chargés de la suite du traitement sur demande de ces derniers.
- Je consens à ce que les données nécessaires pour l'évaluation de l'obligation de prestation et pour la facturation soient transmises à ma caisse maladie/mon assurance. Il est possible de faire appel à un avocat pour des questions juridiques, même si celui-ci est tenu au secret professionnel.
- J'accepte que MRI puisse m'envoyer des informations personnelles à mon adresse e-mail personnelle ou par SMS à mon numéro de téléphone portable, conformément à la déclaration de confidentialité. Mon adresse e-mail et mon numéro de téléphone portable imprimés en haut à droite sont corrects.
- Le traitement, les contrats et toutes les relations juridiques entre le patient, le médecin et le MRI sont exclusivement soumis au droit matériel suisse, à l'exclusion d'éventuelles règles de conflit. La compétence judiciaire exclusive est le tribunal ordinaire de Zurich.

Lieu, date:

Signature de la patiente/du patient:

Consentement relatif à l'utilisation de données personnelles de santé à des fins de recherche

La recherche apporte une contribution importante à l'amélioration de la qualité médicale et donc au futur traitement médical. De par ma signature :

- Je consens à ce que des données personnelles de santé me concernant, provenant d'un traitement médical ou autrement disponibles, puissent être utilisées à des fins de recherche dans le strict respect de la confidentialité;
- Je prends acte du fait que mon consentement est volontaire et que je peux refuser de le donner sans fournir de motif ou le retirer à tout moment;
- Je prends acte du fait que mes données peuvent être utilisées pour la recherche et sont protégées par des mesures opérationnelles, techniques et organisationnelles. Nous veillerons à ce que le moins de personnes possible aient accès à votre identification de personne (nom, adresse, date de naissance, etc.). Pour ce faire, vos données seront codées. Cela signifie que les données permettant de vous identifier sont remplacées par un code. Seules les personnes qui ont accès à la liste de codes peuvent vous identifier. Si nous transmettons vos données à des fins de recherche à des tiers, ces données sont toujours codées ou anonymisées, c'est-à-dire que des tiers n'auront accès à aucun moment à votre identité.

Je consens à ce que mes données puissent être utilisées à des fins de recherche: Oui Non

Lieu, date:

Signature de la patiente/du patient:

