

# QUESTIONNAIRE SUR ANTECEDENTS

Kieferorthopädie Zentrum Bern AG

MEDICAUS & CONSENTEMENT

Patient no.: \_\_\_\_\_

REEMPLIR EN CAPITALES D'IMPRIMERIE SVP

## Informations personnelles

Nom: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Adresse, rue.: \_\_\_\_\_ Code post./ville: \_\_\_\_\_

Représentant légal: \_\_\_\_\_

Tél. dom.: \_\_\_\_\_ Tél. bureau: \_\_\_\_\_ Tél. mobile: \_\_\_\_\_

Cochez cette case si vous ne souhaitez **pas** recevoir  de rappel par SMS. Nationalité: \_\_\_\_\_

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Profession / titre: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

En indiquant votre adresse email, vous acceptez recevoir de notre part des données confidentielles par voie électronique telles que rendez-vous, factures, rapports médicaux, etc.)

Employeur (nom / adresse): \_\_\_\_\_

Si l'AVS/AI ou l'aide sociale prend en charge le traitement: nom / adresse: \_\_\_\_\_

Nom / adresse de votre médecin / dentiste traitant: \_\_\_\_\_

Avez-vous une assurance dentaire complémentaire? Si oui, laquelle? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nous?

Recommandation de:  docteur  dentiste Nom: \_\_\_\_\_

Famille / amis / connaissances  Site Web  Annonce - où? \_\_\_\_\_  Publication - laquelle? \_\_\_\_\_

Kieferorthopädie Zentrum Bern ainsi que des partenaires de Kieferorthopädie Zentrum Bern en Suisse ou dans l'UE souhaitent vous envoyer de temps en temps par e-mail des offres et des informations qui pourraient vous intéresser. Si vous ne voulez **pas** bénéficier de ce service, veuillez cocher la case ci-contre. Vous pouvez révoquer ultérieurement votre consentement.

## Questions médicales

De nombreuses maladies peuvent affecter le traitement dentaire. En remplissant ce questionnaire, vous nous donnez des informations importantes sur votre état de santé et nous permettez d'adapter le traitement individuellement à votre situation. **Vos informations resteront strictement confidentielles et sont soumises au secret médical.**

Raison de la consultation: \_\_\_\_\_

Venez-vous nous voir suite à un accident? Si oui, date de l'accident: \_\_\_\_\_  O  N

Requête spéciale: \_\_\_\_\_

Suivez-vous / avez-vous récemment suivi un traitement médical?  O  N

Si oui, pour quelle raison? \_\_\_\_\_

Avez-vous été hospitalisé ou victime d'un accident dans les 5 dernières années?  O  N

Si oui, indiquez la raison / le type de blessure \_\_\_\_\_

Avez-vous une carte d'identité / un passeport médical (par exemple en raison d'antibiothérapie, hémodilution, pacemaker et/ou greffe d'organe)?  O  N

Avez-vous ou avez-vous eu une hépatite (jaunisse)?  O  N

Êtes-vous séropositif ou atteint du SIDA?  O  N

Suite au verso ➔

1/3

Maladies cardiaques:

- Endocardite (inflammation de la paroi interne du cœur)  O  N
- Problème valvulaire / valve artificielle  O  N
- Angine de poitrine  O  N
- Infarctus  O  N
- Tension trop forte / trop faible  O  N
- Stimulateur cardiaque  O  N

Maladies sanguines:

- Anémie  O  N
- Saignez-vous longtemps en cas de blessure?  O  N
- Souffrez-vous d'hémophilie (tendance aux saignements)?  O  N
- Êtes-vous anticoagulé (hémodilution)?  O  N
- Avez-vous facilement des bleus?  O  N

- Souffrez-vous de troubles circulatoires, tels que des évanouissements?  O  N
- Êtes-vous diabétique?  O  N
- Souffrez-vous de reflux acide, brûlures d'estomac et/ou vomissements fréquents?  O  N
- Avez-vous des allergies? Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_  O  N
- Êtes-vous hypersensible aux injections?  O  N
- Souffrez-vous de problèmes respiratoires (asthme, bronchite et/ou rhume des foies)?  O  N
- Souffrez-vous de tension / douleur dans la tête ou le cou?  O  N
- Avez-vous déjà eu des rhumatismes, ostéoporose, problèmes articulaires et/ou greffe d'organe?  O  N
- Avez-vous des articulations artificielles (hanche, genou)?  O  N
- Prenez-vous en ce moment des médicaments régulièrement?  O  N
- Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_

- Êtes-vous satisfait de la condition / apparence de vos dents?  O  N
- Si non, qu'est-ce qui vous gêne? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu des problèmes avec de précédents traitements dentaires?  O  N
- Si oui, lesquels? \_\_\_\_\_
- Avez-vous déjà eu un accident grave à la mâchoire et/ou au visage?  O  N
- Avez-vous déjà été opéré ou eu des radiations dans la région de la bouche / des lèvres?  O  N

- Fumez-vous? Combien? \_\_\_\_\_  O  N
- Buvez-vous régulièrement de l'alcool?  O  N
- Prenez-vous des drogues?  O  N
- Si oui, lesquelles? \_\_\_\_\_
- Souffrez-vous d'épilepsie?  O  N
- Avez-vous d'autres maladies graves?  O  N
- Prenez-vous 'la pilule' (contraception orale)?  O  N
- Êtes-vous enceinte?  O  N
- De combien de semaines? \_\_\_\_\_
- Vous a-t-on informé sur le paiement direct?  O  N

Nous vous prions de nous informer au moins 24 heures à l'avance de tout changement de date. Faute de quoi nous nous réservons le droit de vous facturer le rendez-vous manqué. Pour le reste, nous vous renvoyons à nos conditions générales de vente qui peuvent être téléchargées sur [www.kieferorthopaede-bern.ch](http://www.kieferorthopaede-bern.ch) et qui s'appliquent aux relations contractuelles entre vous et nous.

Je confirme l'exactitude des informations fournies et accepter le traitement de mes données personnelles tel que décrit ci-dessus.

Lieu / date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

## Traitement des données personnelles

Les données personnelles demandées dans ce questionnaire sur les antécédents médicaux et les données personnelles collectées lors du traitement médical (développement de la maladie, données de santé, radiographies et autres images, photographies, options de traitement, traitements effectués, informations médicales, etc.) sont utilisées à des fins de traitement médical, facturation, évaluation de solvabilité et recouvrement. En outre, les données susmentionnées peuvent être utilisées pour vous faire parvenir des offres et des informations, à moins que vous n'ayez coché la case ci-dessus indiquant que vous ne le souhaitez pas. Ces données personnelles sont enregistrées et conservées pendant la période légale dans un système de gestion des patients conformément aux dispositions légales applicables. Les bases juridiques pour le traitement des données sont – selon le traitement des données – l'exécution du contrat avec vous, nos intérêts légitimes prépondérants ainsi que votre consentement. Nous ne traitons et n'enregistrons vos données qu'aussi longtemps que cela est nécessaire selon l'objectif de traitement concerné ou s'il existe une autre base légale (p. ex. délais légaux de conservation et de prescription). Nous conservons les données que nous détenons du fait d'une relation contractuelle avec vous au moins aussi longtemps que la relation contractuelle existe et que les délais de prescription pour d'éventuelles prétentions de notre part courent ou qu'il existe des obligations contractuelles de conservation.

Si nécessaire pour un traitement médical, vous pouvez obtenir des informations et des documents sur les traitements médicaux (dentaires) antérieurs auprès de votre ancien médecin (dentiste). Vous nous libérez ainsi que le médecin (dentiste) sollicité du secret médical et du secret professionnel conformément à la loi sur la protection des données.

Kieferorthopädie Zentrum Bern AG, Neuengasse 43, 3011 Berne, est responsable des données collectées. Les collaboratrices et collaborateurs de Kieferorthopädie Zentrum Bern AG peuvent consulter et traiter ces données aux fins susmentionnées. En outre, les données personnelles peuvent être communiquées, sur la base de votre consentement explicite, aux tiers suivants en Suisse et dans l'UE et vous nous libérez à cet égard du secret médical et du secret professionnel conformément à la loi sur la protection des données et vous consentez ainsi, dans la mesure indiquée ci-après, à la communication de données aux tiers suivants:

- laboratoires dentaires et autres, si cela s'avère nécessaire pour un traitement médical;
- autres médecins, professionnels de la santé et institutions médicales, si vous nous le demandez ou si ces derniers nous le demandent en votre nom;
- assurances maladie, accidents et autres assurances ainsi qu'aux autorités ou institutions publiques, si cela est nécessaire pour le traitement médical ou la facturation;
- fournisseurs de services informatiques externes en charge de nos logiciels et de notre matériel;
- autres sociétés et cliniques du Kieferorthopädie Zentrum Bern AG et/ou prestataires de services externes qui nous assistent dans le cadre de la facturation, activités administratives, du contrôle de la solvabilité et du recouvrement; vos données personnelles, en particulier vos données de solvabilité, sont en outre transmises à des prestataires de services spécialisés à des fins de contrôle de la solvabilité et de gestion des bases de données correspondantes; le contrôle de la solvabilité s'appuie également sur des processus et décisions automatiques et a des répercussions sur les modes de paiement disponibles;
- prestataires de services (p. ex. avocats et bureaux de recouvrement) et aux autorités (p. ex. autorités de surveillance, autorités de poursuite pour dettes et de faillite, juges de paix, tribunaux) qui nous assistent dans le cadre du recouvrement;
- MF Group AG à Saint-Gall pour le décompte (y compris la cession de la créance), le contrôle de la solvabilité et la revendication de la créance ainsi qu'à son partenaire de financement en Allemagne pour la transmission et la revendication de la créance; vos données personnelles ainsi que vos données de solvabilité sont en outre transmises à des entreprises de services spécialisées à des fins de contrôle de la solvabilité et de gestion des bases de données correspondantes; partenaires externes, pour vous faire parvenir des offres et des informations, à moins que vous n'ayez coché la case ci-dessus indiquant que vous ne le souhaitez pas;
- partenaires externes, pour vous faire parvenir des offres et des informations, à moins que vous n'ayez coché la case ci-dessus indiquant que vous ne le souhaitez pas.

Si des données personnelles sont communiquées à un tiers en Suisse ou dans l'UE, seules les données nécessaires à la réalisation de l'objectif concerné sont communiquées.

Vous avez le droit d'obtenir des informations sur les données personnelles traitées vous concernant et d'exiger en particulier leur rectification et leur suppression. Dans les cas où le traitement des données repose sur votre consentement, vous avez en outre le droit de révoquer votre consentement à tout moment avec effet futur. La légalité du traitement des données effectué sur la base du consentement jusqu'à sa révocation n'en est toutefois pas affectée. Vous avez en outre le pouvoir de faire valoir vos droits en justice ou de déposer une plainte auprès de l'autorité de protection des données compétente. L'autorité de protection des données compétente en Suisse est le Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence (<http://www.edoeb.admin.ch>). Si vous avez des questions concernant la protection des données, veuillez vous adresser à [info@kieferorthopaede-bern.ch](mailto:info@kieferorthopaede-bern.ch).