

Données**personnelles** f m

E-mail: _____

Prénom: _____

Téléphone: _____

Nom: _____

Profession: _____

Adresse: _____

Employeur: _____

NPA, localité: _____

Médecin traitant: _____

Date de naissance: _____

Dentiste préc.: _____

Assurances

Caisse maladie (base): _____ No. AVS: 756. _____

A. accidents: professionnelle caisse maladieA. dentaire: non oui, _____ (le remboursement est demandé par le patient)**Autres aides** Office d'aide sociale (USSI) Office pour requérants d'asile et réfugiés (URAR) Prest. complémentaires AVS/AI (IAS)  Préciser le permis: N F B Autre organisme (p. ex. commune / fondation): _____**Représentant légal (uniquement s'il existe)** Parent Curateur

Nom et prénom: _____

E-mail: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____

Destinataire: _____

 des factures / devis de toute la correspondance (rappels de rendez-vous, etc.)**Motifs de la visite:** changement de dentiste urgence ou 2^{ème} avis autre: _____**Recommandé de:** connaissances autre dentiste/hygiéniste internet/recherche personnelle**Hygiène dentaire:** chez STUDIO LUNGHI j'ai une hygiéniste externe: _____**Questionnaire de santé**

1. Avez-vous récemment été **malade**, sous traitement ou hospitalisé-e? OUI NON
Si oui, pour quelle(s) maladie(s)? _____

2. Prenez-vous régulièrement des **médicaments** ou des **substances**? OUI NON
Si oui, lesquels? _____

3. **Fumez-/avez-vous fumé** ou utilisé d'autres formes de **tabac** (p. ex. snus)? OUI NON
Si oui, quoi et combien? _____

Tourner la page →

4. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert de l'un des troubles suivants ? OUI NON
- Allergies / hypersensibilités** (soulignez et/ou précisez):
Pollen – Latex – Métaux – Iode – Aliments – Anesthésique – Médicaments (antibiotiques, autres)
Autre: _____
 - Maladies cardiaques** (soulignez et/ou précisez):
Hypertension – Hypotension – Angine de poitrine – Infarctus – AVC – Malformation / valve artificielle – Arythmie – Endocardite – Autre: _____
 - Maladies du sang** (soulignez et/ou précisez):
Hémophilie – Anémie – Autre: _____
 - Maladies métaboliques** (soulignez et/ou précisez):
Diabète – Hypothyroïdie – Hyperthyroïdie – Autre: _____
 - Maladies infectieuses** (soulignez et/ou précisez):
VIH – Hépatite – Tuberculose – Autre: _____
 - Maladies du foie ou des reins** (précisez): _____
 - Maladies de l'estomac ou des intestins** (précisez): _____
 - Désordres alimentaires** (précisez): _____
 - Maladies respiratoires ou pulmonaires** (précisez): _____
 - Maladies rhumatismales ou osseuses** (précisez): _____
 - Sinusite, douleurs faciales ou maux de tête chroniques** (précisez): _____
 - Épilepsie ou autres affections cérébrales** (précisez): _____
 - Dépression ou autres troubles psychiques** (précisez): _____
 - Autre** (précisez): _____
-
5. Avez-vous déjà subi des **interventions chirurgicales**? OUI NON
Si oui, lesquelles? _____
-
6. Avez-vous eu des séances de **chimiothérapie** ou de **radiothérapie**? OUI NON
Si oui, quand et pourquoi? _____
-
7. Avez-vous **pacemakers, prothèses orthopédiques** ou **greffes/implants**? OUI NON
Si oui, où et depuis quand? _____
-
8. *Si vous êtes une femme:* êtes-vous **enceinte**? OUI NON
Si oui, en quel mois? _____
-
9. Avez-vous déjà eu un **accident avec traumatisme dentaire**? OUI NON
Si oui, quand? _____
-
10. Avez-vous déjà été suivi·e par un **orthodontiste** (appareil dentaire)? OUI NON
Si oui, quand et par qui? _____
-
11. Portez-vous l'un des **appareils dentaires amovibles** suivants? OUI NON
 Gouttière de nuit Gouttière sportive Autre: _____
-
12. **Aimez-vous votre sourire**? OUI NON
Si non, que changeriez-vous? Alignement Couleur Autre: _____

Déclaration du / de la patient·e

En signant ce document, je confirme que j'accepte, sous réserve de révocation, le traitement de mes données personnelles, l'accès à mes données personnelles par le ou la dentiste et la transmission de mes données personnelles à des tiers, dans le cadre de l'information des patients/la loi sur la protection des données.

J'ai lu le document *Information patient·es sur le traitement des données personnelles – Nouvelle loi sur la protection des données (LPD)* (document mis à jour au 01.01.2025) et je suis d'accord avec le contenu.

Lieu, date: _____

Signature: _____

Information patient·es sur le traitement des données personnelles – Nouvelle loi sur la protection des données (LPD)

Nous vous informons ci-après de la raison pour laquelle Dr méd. dent. Nancy Lunghi – STUDIO LUNGI (ci-après cabinet) recueille vos données personnelles, les stockent ou les transmettent. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

Responsabilités Le cabinet est responsable du traitement de vos données personnelles, et de celles de santé en particulier. 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, veuillez-vous adresser au personnel du cabinet, ou directement à votre dentiste.

Collecte et finalité du traitement des données Le traitement (collecte, enregistrement, utilisation et conservation) de vos données est effectué sur la base de la consultation médicale et des dispositions légales relatives à sa réalisation et aux obligations qui y sont liées. La collecte de données personnelles s'effectue unilatéralement par le cabinet dans le cadre de votre prise en charge. Des données nous sont par ailleurs communiquées par d'autres professionnel·les de santé, par qui vous êtes ou avez été suivi·e, dans la mesure où vous leur avez donné votre accord. Seules sont traitées dans votre dossier médical des données relatives à votre traitement. Le dossier médical comprend également les renseignements personnels que vous avez fournis dans le formulaire patient·e, tels que votre identité, vos coordonnées, votre caisse d'assurance, mais aussi, l'entretien informatif réalisé dans le cadre du traitement médical, ou encore les données de santé recueillies comme l'anamnèse, les diagnostics, les propositions de soins et les résultats. Vos données sont enregistrées dans les logiciels de gestion (Denteo) et de traitement d'images (3Shape et CliniView). Nos logiciels et notre matériel sont configurés de manière à protéger vos données et à respecter votre vie privée; les seules personnes ayant accès à vos données sont le personnel avec lequel vous êtes en relation de soins et le personnel administratif du cabinet; les autres dentistes du cabinet ne sont autorisés à consulter votre dossier médical qu'en cas de nécessité, notamment en cas de remplacement ou pour vous fournir une information que vous avez demandée; afin d'optimiser les processus de travail et de pouvoir vous soigner de manière efficace et décentralisée, vos données sont enregistrées dans le cloud (Denteo et Swisscom). Elles peuvent donc également se trouver sur des serveurs étrangers. Selon le fournisseur de services logiciels, le niveau de sécurité est élevé et les données sont cryptées.

Durée de conservation des données Votre dossier médical sera conservé pendant 20 ans à compter de votre dernier traitement. Passé ce délai, il ne sera conservé qu'avec votre consentement explicite, ou bien il sera effacé ou détruit de manière sécurisée.

Transmission des données Nous ne transmettons vos données personnelles et plus particulièrement vos données médicales, à des tiers externes que lorsque la loi nous y autorise ou nous l'impose, ou lorsque vous nous donnez votre consentement pour que vos données soient communiquées dans le cadre de votre traitement médical.

- La transmission de vos données à votre assurance maladie ou à votre assurance accidents/invalidité services sociaux a pour objet la facturation des prestations médicales qui vous ont été fournies. Les données transmises sont conformes aux dispositions légales.
- En fonction de votre traitement médical et de votre consentement correspondant, des données peuvent être transmises au cas par cas à d'autres destinataires autorisés (p. ex. laboratoires, autres médecins).

- Les images produites par radiographie ou photographie, vidéo ou scan intra-oral peuvent être utilisées pour la planification des cas (y compris les fournisseurs externes).
- Les données patient·es et de facturation nécessaires sont transmises à la société de recouvrement (encaissement des créances échues).

Retrait du consentement Tout consentement exprès au traitement de vos données peut être révoqué à tout moment, en tout ou en partie. La révocation ou la demande de modification d'un consentement doit se faire par écrit. Dès réception de votre révocation écrite et dès lors que vos données ne peuvent plus être traitées sur la base d'un fondement juridique autre que le consentement, le traitement des données est interrompu. La révocation n'affecte pas la licéité du traitement des données effectué jusqu'à ladite révocation. Le retrait du consentement ne remet pas en cause la légalité des traitements de données effectués en amont.

Communication d'information, consultation et remise Vous avez droit à une information sur vos données personnelles. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie.

Droit à la transmission des données Vous avez le droit de vous faire remettre directement, ou de faire remettre à un tiers, dans un format informatique couramment utilisé et lisible, des données que nous traitons automatiquement ou numériquement. Cela s'applique notamment dans le contexte de la communication de données médicales à un·e professionnel·le de santé de votre choix. Si vous demandez la transmission directe des données à un autre responsable de traitement, cette demande ne sera satisfaite que si cela est techniquement possible.

Rectification de vos informations Si vous constatez – ou estimez – que vos données sont incorrectes ou incomplètes, vous avez la possibilité d'exiger une rectification. S'il ne peut être constaté que vos données sont correctes ou incomplètes, vous avez la possibilité de les contester.

Mise à jour des informations : 1er janvier 2025