

 <small>Thibaut Gaillard Medical Services</small>	<i>Référence</i>	<i>Classification</i>
	FRM-004f	Confidentiel une fois rempli
	<i>Version</i>	<i>Validation</i>
	3.1	30.11.2023

Titre

Questionnaire médical

Coordonnées personnelles

Nom(s)	Prénom(s)
Date de naissance	Sexe biologique <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin
Adresse complète	
Téléphone	Courriel

Questionnaire médical *Si vous répondez oui, veuillez préciser dans la rubrique « Précisions, remarques » en rapportant le numéro de la question*

Consommez-vous ou avez-vous consommé :	Oui	Non	Souffrez-vous ou avez-vous souffert :	Oui	Non
(101) de l'alcool ?			(215) d'affection abdominale ?		
(102) du tabac ?			(216) de problème du métabolisme ?		
(103) des médicaments régulièrement ?			(217) de diabète ?		
(103) du CBD et/ou du cannabis ?			(218) de trouble du sommeil ?		
(104) des substances illicites ?			(219) d'apnées du sommeil ?		
Souffrez-vous ou avez-vous souffert :	Oui	Non	(220) de maladie infectieuse ?		
(201) d'allergie ?			(221) de maladie des muscles ?		
(202) de maladie du cœur ?			(222) de problème des os ou articulations ?		
(203) de maladie des vaisseaux sanguins ?			(223) de maladie de la peau ?		
(204) de tension artérielle trop élevée ?			(224) d'autre maladie ?		
(205) de problème respiratoire ?			(225) de problème gynécologique ?		
(206) de traumatisme crânien ?			Avez-vous déjà :	Oui	Non
(207) de perte de connaissance ?			(301) été hospitalisé-e ?		
(208) de problème neurologique ?			(302) été opéré-e ?		
(209) de problème de l'ouïe ?			(303) bénéficié d'une cure de repos ?		
(210) de problème oculaire ?			(304) bénéficié d'une rente d'invalidité ?		
(211) de problème psychiatrique ?			(305) eu un retrait de permis / licence ?		
(212) de problème psychologique ?			(306) eu un refus de permis / licence ?		
(213) de tentative de suicide ?			Antécédents familiaux	Oui	Non
(214) de problème de digestion ?			(401) Une ou plusieurs des situations 201 à 225 existent-elles dans votre famille ?		

Précisions, remarques *Indiquer le numéro de la question et y apporter le détail nécessaire.*

Information sur le traitement des données personnelles

Nous vous informons ci-après de la finalité poursuivie par le cabinet médical **aeromed.ch | Thibaut Gaillard Medical Services** (ci-après le cabinet médical) lors de la collecte, de l'enregistrement ou de la transmission de vos données personnelles. Nous vous informons également des droits que vous pouvez exercer dans le cadre de la protection des données.

Responsabilités Le cabinet médical est l'entité responsable du traitement de vos données personnelles et en particulier de vos données sur la santé. Si vous avez des questions concernant la protection des données ou si vous souhaitez exercer vos droits en vertu de la protection des données, veuillez vous adresser directement à votre médecin.

Collecte et finalité du traitement des données Vos données sont traitées (collectées, enregistrées, utilisées et conservées) sur la base du contrat de traitement médical et des prescriptions légales, pour atteindre l'objectif du traitement médical et remplir les obligations associées. Les données sont collectées par votre médecin et ses auxiliaires dans le cadre de votre traitement. Nous recevons également des données d'autres médecins et professionnels de la santé chargés, actuellement ou par le passé, de votre traitement, dès lors que vous y avez consenti. Seules les données relatives à votre traitement médical sont traitées dans votre dossier médical, qui comprend vos données personnelles, telles que vos informations personnelles, vos coordonnées et les données d'assurance, ainsi que, entre autres, l'entretien d'information mené dans le cadre du traitement médical, les données sur la santé collectées telles que les anamnèses, les diagnostics, les propositions thérapeutiques et les résultats.

Durée de conservation Votre dossier médical sera réservé pendant 20 ans au minimum après votre dernier traitement. Passé ce délai, il sera généralement effacé ou détruit de manière sécurisée, sauf si des prescriptions légales particulières s'appliquent.

Transmission des données & facturation Nous ne transmettons vos données personnelles, en particulier les données médicales, à des tiers externes que si la loi l'autorise ou l'exige, ou si vous avez consenti à la transmission des données dans le cadre de votre traitement.

- Ces données peuvent être transmises à votre assurance-maladie, à l'assurance-accidents, à l'assurance militaire ou à l'assurance-invalidité aux fins de décompte des prestations qui vous ont été fournies. Le type de données transmises dépend des prescriptions légales.
- Ces données peuvent être transmises aux autorités cantonales, nationales voire internationales (p. ex. service médical cantonal, service cantonal des automobiles, office fédéral de l'aviation civile, etc.) en vertu d'obligations légales d'annoncer.
- Vos coordonnées et les données de facturation requises sont transmises à notre partenaire de facturation, voire au bureau de recouvrement de notre partenaire, à des fins d'encaissement. À défaut de m'acquitter de mon obligation de règlement dans le délai imparti, ou si je renonce à une objection motivée, je serai en retard de paiement, sans relance préalable, à l'expiration de ce délai. Les frais occasionnés par le retard de paiement sont alors à ma charge. Pour plus d'informations sur le coût d'un retard de paiement, www.caisse-des-medecins.ch/infos-patients/faq.

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).

Révocation de votre 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 à l'attention de votre médecin. 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. Une révocation ou demande de suppression n'entraîne pas, par principe, un effacement, puisque la loi oblige le cabinet médical à conserver vos données.

Information, consultation et remise Sauf disposition légale contraire, vous avez à tout moment le droit d'obtenir des renseignements sur les données personnelles traitées vous concernant. Vous pouvez consulter votre dossier médical ou en demander une copie, qui peut être payante. Les éventuels frais dépendant de la charge de travail nécessaire à l'établissement de la copie vous seront préalablement communiqués.

Droit à la transmission des données Sauf disposition légale contraire, vous avez droit à la remise, à vous-même ou à un tiers formellement identifié par vous, des données que nous traitons de manière automatisée ou numérique, dans un format couramment utilisé et lisible par machine. Cela vaut en particulier également en cas de transmission de données médicales à un professionnel de la santé de votre choix. Toute demande de transfert direct des données à une autre personne responsable ne pourra aboutir que dans la mesure des possibilités techniques.

Rectification de vos données Si vous constatez ou considérez que des données traitées vous concernant sont inexactes ou incomplètes, vous avez la possibilité de demander une rectification par écrit. Lorsque l'exactitude ou le caractère incomplet de vos données ne peut être établi, vous avez la possibilité d'ajouter une mention de contestation.

Déclaration et signature

Je certifie que j'ai porté toute mon attention aux déclarations ci-dessus, qu'en conscience elles sont complètes et correctes et que je n'ai ni omis de renseignements importants ni fait de déclarations erronées. Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l'accès à celles-ci par le médecin ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément à l'information sur le traitement des données personnelles ci-dessus. Je suis conscient-e des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles sensibles et de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre mon médecin et moi-même au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Le cabinet médical transmet les informations médicales exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives transitent via des courriers électroniques non chiffrés.

<i>Lieu</i>	<i>Date</i>	<i>Signature</i>
-------------	-------------	------------------