



Clinique: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Données du patient

Sexe: <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme	<input type="checkbox"/> Père/mère <input type="checkbox"/> représentant légal
Nom:	Nom:
Prénom:	Prénom:
Date de naissance: Jour: Mois: Année:	
Profession:	Profession:
Rue:	Rue:
NPA:	NPA:
Localité:	Localité:
Téléphone privé:	Téléphone:
Téléphone professionnel:	Caisse-maladie / localité:
Mobile:	Numéro d'assuré
Adresse électronique:	Caisse:
Nom et adresse de votre dentiste:	<input type="checkbox"/> Auto-payeur <input type="checkbox"/> Prestations complémentaires à l'AVS et à l'AI
Nom et adresse de votre médecin de famille:	<input type="checkbox"/> LAMal <input type="checkbox"/> Service social
	<input type="checkbox"/> LAA/AI/AM <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile
	<input type="checkbox"/> Autre: _____

Personne à contacter avec numéro de téléphone en cas d'urgence: \_\_\_\_\_

Adressé par: \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà été soigné dans notre établissement? Si oui, par qui: \_\_\_\_\_

## Principaux symptômes:

Veuillez décrire brièvement la principale raison du traitement/consultation dans notre établissement: \_\_\_\_\_

## Utilisation des données du patient pour la recherche et l'enseignement ou pour des publications

- J'autorise l'utilisation de mes radios, photos, modèles en plâtre, résultats d'examen et des données relatives à ma santé ainsi que, le cas échéant, des dents enlevées et/ou échantillons prélevés pour les besoins du traitement, à des fins pédagogiques (formation de base et avancée en médecine dentaire), ainsi que pour des publications, des supports pédagogiques et la recherche, dans la mesure où mes données personnelles sont **anonymisées** ou **cryptées** dans ces derniers cas.
  - Dans le cas d'une **utilisation sous forme cryptée**, la clé doit être gérée conformément aux dispositions légales de l'ordonnance relative à la recherche sur l'être humaine, dans la mesure où la clé est protégée par un collaborateur étranger au projet de recherche et conservée séparément des données et échantillons. Une ré-identification est possible, mais n'est autorisée qu'à certaines conditions.
 

Le patient/la patiente a le droit d'être informé(e) des résultats concernant sa santé ou de renoncer à recevoir ces informations. Le consentement peut être résilié à tout moment et sans motif, par écrit. En cas d'utilisation sous forme anonymisée, les données et les échantillons ne peuvent plus être reliés à une personne, c.-à-d. que les données éventuelles relatives à la santé ne peuvent plus être communiquées au patient/à la patiente. Le droit de révocation tombe également dans la mesure où il n'est plus possible d'identifier la personne concernée.
  - Le traitement des données patient relatives à la santé et des échantillons est réservé aux personnes pour lesquelles ces données et échantillons sont nécessaires à l'accomplissement de leur tâche. Si ces personnes utilisent des données cryptées ou anonymisées à des fins de recherche ou les transmettent à des tiers (exemple: dans le cadre d'une coopération en matière de recherche avec d'autres instituts universitaires), la loi relative à la recherche sur l'être humain et l'ordonnance relative à la recherche sur l'être humain s'appliquent (exception: l'anonymisation de données personnelles non génétiques à des fins de recherche est régie par la loi sur l'information et la protection des données). Cette dernière régit également l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins pédagogiques.
  - Un refus de consentement ou une révocation ultérieure n'ont aucun effet sur le traitement.**

• Je confirme avoir compris ces informations, avoir reçu une réponse à mes questions éventuelles et, après avoir eu un délai de réflexion raisonnable, j'accepte l'utilisation de mes données et échantillons conformément aux dispositions ci-dessus. **Oui**  **Non**

• Je souhaite être informé(e) des résultats médicaux me concernant, s'ils peuvent contribuer à la prévention, au diagnostic et au traitement de maladies existantes ou probables dans le futur. (*impossible en cas de données anonymisées*) **Oui**  **Non**

Lieu, date, signature (patient / représentant légal – les personnes mineures capables de discernement signent également.)

## Informations sur l'état général de santé

Certaines maladies générales nécessitent des précautions pour le traitement dentaire.  
Vos données sont protégées par le secret médical et sont traitées de manière confidentielle. Merci!

### Informations médicales générales sur la patiente/le patient

Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux? Si oui, lequel? \_\_\_\_\_

Oui Non

- |                          |                          |   |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. Êtes-vous vacciné(e) contre le tétanos? Date du vaccin _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. Avez-vous eu des réactions inhabituelles (allergie, etc.) à des piqûres, des médicaments ou des matériaux dentaires?             |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. Avez-vous une attestation/un pass médical (antibiotiques, anticoagulants, greffe, prothèse articulaire, stimulateur cardiaque)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. Avez-vous été ausculté(e) par un médecin au cours de la dernière année?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. Avez-vous déjà été gravement malade et/ou hospitalisé(e)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. Saignez-vous facilement ou longtemps lorsque vous vous blessez?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. Avez-vous déjà subi un traumatisme facial ou maxillaire ou avez-vous été opéré(e) ou traité(e) par irradiation dans ces régions? |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. Avez-vous déjà eu un traumatisme dentaire?   |
|                          |                          | 9. Souffrez-vous actuellement ou avez-vous souffert des maladies suivantes:   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | a) Asthme ou rhume des foins?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | b) Essoufflement en cas de petits efforts (escaliers)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | c) Diabète?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Maladies cardiaques?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Pression artérielle élevée/basse?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Infections (tuberculose, hépatite, maladies sexuellement transmissibles, VIH/SIDA)?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Ostéoporose?   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) Souffrance psychique?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Maladie tumorale?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) Autre: _____   |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. Perdez-vous facilement connaissance?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. Souffrez-vous souvent de troubles gastriques/digestifs ou vomissez-vous souvent?  |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. Fumez-vous? Si oui, quelle est votre consommation? _____<br>Depuis combien d'années? _____                                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. Consommez-vous régulièrement de l'alcool?<br>Si oui, quelle est votre consommation? _____                                       |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. Êtes-vous un consommateur régulier de drogues douces ou dures? Lesquelles? _____  |

#### Pour les femmes

- |                          |                          |                                      |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. Êtes-vous actuellement enceinte? |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|

## Secret médical, protection des données, juridiction compétente et droit applicable

- En cas de transfert des soins dentaires ou de commande auprès d'un prothésiste dentaire externe, le Centre de médecine dentaire (ZMZ) est autorisé à communiquer au médecin référent ou au prothésiste dentaire toutes les données que le Centre de médecine dentaire jugera pertinentes dans ce cadre. Si vous avez été adressé(e) au Centre de médecine dentaire (ZMZ) par un médecin ou dentiste externe, le Centre de médecine dentaire est en droit d'informer le médecin ou dentiste référent de manière appropriée sur le traitement.
- En cas de demande de prise en charge des frais, le Centre de médecine dentaire (ZMZ) est autorisé à communiquer aux caisses maladie ou autres administrations compétentes (p. ex. office AI, aide sociale) toutes les données que le Centre de médecine dentaire jugera pertinentes pour l'octroi de la garantie de prise en charge. L'adresse peut être utilisée à des fins administratives. Pour la facturation des cabinets privés au Centre de médecine dentaire (ZMZ), les données de facturation peuvent être transmises à la Caisse des Médecins société coopérative.
- En cas de retard de paiement, j'autorise le Centre de médecine dentaire (ZMZ) à communiquer les données nécessaires à l'encaissement aux offices des poursuites et des faillites, aux instances judiciaires ainsi qu'à la société de recouvrement ou l'avocat que le Centre de médecine dentaire aura éventuellement mandaté.
- Pour permettre le contrôle de crédit et de solvabilité, j'autorise par la présente le Centre de médecine dentaire (ZMZ) à solliciter auprès d'agences de renseignements commerciaux la communication, le cas échéant, des expériences de paiement et des coordonnées enregistrées. Les données et coordonnées personnelles que j'ai communiquées sont transmises à la société CRIF SA de Zurich pour le contrôle de mon identité et solvabilité. Le Centre de médecine dentaire (ZMZ) ne transmet aucune information d'ordre médical aux agences de renseignements commerciaux.
- Le droit applicable est le droit suisse. Le for judiciaire exclusif est fixé à Zurich/Suisse
- **Je confirme que les renseignements fournis sont complets et corrects.** Le dentiste traitant a répondu à toutes mes questions relatives au présent formulaire (état de santé, secret médical, protection des données, etc.).

Lieu, date, signature (patient/représentant légal – les personnes mineures capables de discernement signent également.)

\_\_\_\_\_