

Coordonnées du patient :

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse:
c/o:
N° postal : Ville :
N° tel. privé : N° tel. Portable :
Email :
Profession :
Personne de contact (nom et n° Tel) :
Nom du médecin traitant :
Assurance maladie : N° d'assuré et AVS :

Si l'examen de ce jour concerne un ACCIDENT :

Assurance Accident :
N° sinistre accident :
Date de l'accident :
Employeur : Tel :

Information :

RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE - CENTRE D'IMAGERIE s'engage à respecter vos droits conformément à la législation sur la protection des données personnelles. Vous avez la possibilité de consulter l'intégralité de notre « notice d'information aux patients » se trouvant à la réception, une copie peut également vous être remise par nos réceptionnistes.

RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE - CENTRE D'IMAGERIE vous informe que vos images anonymisées pourraient être utilisées dans un but de formation ou de recherche. Vous pouvez faire valoir votre droit de rétractation en tout temps en écrivant à Mme China Gavaggio à l'adresse mail : cgvaggio@cird.ch

Conformément à la Loi sur la Protection des Données, les images et rapports médicaux réalisés dans nos centres sont transmis au médecin prescripteur de l'examen et autres professionnels de santé mentionnés sur la feuille de prescription. Les hôpitaux, médecins traitants ou spécialistes peuvent parfois demander des images et/ou des résultats d'examens réalisés dans nos centres.

Par votre signature :

- Vous acceptez que les images et les rapports médicaux nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic leur soient transmis lorsque vous êtes en traitement auprès d'eux.
- Vous acceptez que RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE - CENTRE D'IMAGERIE puisse demander d'anciennes images ou rapports nécessaires et pertinents à l'établissement du diagnostic relatif aux examens réalisés dans nos centres.

RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE - CENTRE D'IMAGERIE envoie les factures sous forme électronique via le réseau MediPort. Si vous souhaitez procéder différemment, merci de nous en informer lors de l'accueil. Vous autorisez RIVE DROITE SA et RIVE GAUCHE - CENTRE D'IMAGERIE à procéder au recouvrement des factures par toute voie de droit.

Attestation obligatoire pour toute prestation de services médicaux :

Je soussigné(e), reconnais, en signant la présente déclaration, avoir pris connaissance de mes droits, d'être informé sur la confidentialité des données et de la manière dont mes factures sont traitées :

Genève, le Signature :

Si le patient n'est pas en mesure de faire une déclaration et/ou de signer en son propre nom, merci d'en indiquer la raison et de donner l'identité du représentant :

- Enfant âgé de moins de 16 ans Adulte vulnérable Autre :

Nom du représentant : Signature du représentant :