

## Déclaration de protection des données

Version du 30.11.2023

Nous, le cabinet de thérapie complémentaire **A TON AURA - KINESIOLOGIE** / Moi, **RAPHAELLE SOLIOZ** / établie à Chemin des Bois 6 à 1873 Val d'Illiez,

Confirmons / confirme par la présente que nous respectons/je respecte les règles suivantes conformément à la loi sur la protection des données et au règlement y relatif.

L'objectif de la présente déclaration est de vous informer, en tant que mon client-e, sur la manière dont nous /je traitons / traite vos données personnelles et sensibles qui sont collectées dans notre/mon cabinet.

Seules les données en rapport avec le traitement thérapeutique ou pertinentes pour une information sur d'éventuelles offres sont traitées. Il s'agit exclusivement de données que nous/j'ai enregistrées avec votre accord, que vous nous/me faites parvenir ou qui se trouvent dans des répertoires accessibles au public (annuaire téléphonique, etc.). Il peut s'agir de données générales sur votre personne (nom, adresse, numéro de téléphone, etc.), d'informations sur votre santé/l'évolution de votre maladie, de diagnostics déjà posés et, le cas échéant, d'autres données que vous nous/m'avez transmises en lien avec le traitement (dossier du patient).

Ces données sont collectées, enregistrées et traitées exclusivement dans votre dossier de patient-e, respectivement dans le dossier nécessaire à l'administration, en particulier dans l'application pour la facturation selon le tarif 590. On peut, dans ces deux lieux de conservation, retracer toutes les étapes de traitement effectuées sur vos données, y compris les personnes qui en étaient responsables.

Vos données personnelles ne sont transmises qu'aux personnes ou aux secteurs de notre/mon cabinet qui en ont besoin pour remplir leurs obligations contractuelles et légales. Ces personnes sont informées des règles de protection des données en vigueur et sont tenues de les respecter.

Vos données ou des parties de celles-ci ne sont rendues accessibles à d'autres personnes ou institution (assureurs, etc.) qu'avec votre accord explicite. Les ordonnances judiciaires ou la mise en œuvre de droits légitimes de la part du cabinet constituent des exceptions.

Si vos données sont collectées et traitées physiquement, elles sont conservées dans un local ou une armoire fermant à clé et non accessible à des tiers non autorisés. Les données collectées par voie électronique sont conservées de manière sécurisée (pare-feu, mot de passe, etc.).

Sauf dispositions cantonales ou autres dispositions légales contraires, les données que nous avons/j'ai collectées seront effacées vingt ans après votre dernière consultation dans notre/mon cabinet.

La communication écrite entre notre/mon cabinet et vous se fait par e-mail, et ce, soit de manière cryptée à l'aide d'un programme spécifique, soit de manière non cryptée avec votre accord écrit.

En tant que client-e actuel-le ou ancien-ne, vous pouvez nous/me demander à tout moment et par écrit un double de toutes les données que nous avons/j'ai collectées à votre sujet dans un format électronique courant. Seules les données physiquement disponibles seront scannées à cette fin et vous seront envoyées sous forme de PDF ou de document papier. En règle générale, les données vous sont remises gratuitement et dans un délai maximum de 30 jours.

Le responsable de toutes les questions relatives au traitement de vos données personnelles et à l'exercice de vos droits est le/la thérapeute responsable de votre dossier.

**Raphaëlle Solioz**  
**Chemin des Bois 6**  
**1873 Val d'Illiez**  
[raphaellesolioz@gmail.com](mailto:raphaellesolioz@gmail.com)  
**+41 79 175 02 81**

**Formulaire patientèle - Données personnelles** (à remplir en majuscules)

Prénom	Nom
Date de naissance	
Rue et n°	NPA et localité
Tél. / mobile	E-mail
Adresse de contact et téléphone en cas d'urgence	
Assurance-maladie complémentaire	

**Représentation légale** (ne remplir que si nécessaire ; doit différer des informations personnelles de la patiente ou du patient)

Institution

Prénom	Nom
Rue et n°	NPA et localité
Tél. / mobile	E-mail

Par ma signature, je confirme consentir au traitement de mes données, à l'accès à celles-ci par la thérapeute ainsi qu'à leur transmission à des tiers conformément à l'information destinée à la patientèle figurant à la page annexée « déclaration de protection de données ».

Je suis conscient-e des risques potentiels liés à l'échange de données personnelles sensibles (consultation possible par des tiers non autorisés en cas d'utilisation d'outils de communication peu sûrs) ainsi que de mes droits. Je consens à un contact mutuel entre ma thérapeute et moi-même en tant que patiente ou patient au moyen des indications de contact figurant ci-dessus. Le cabinet thérapeutique transmet les informations concernant les patients exclusivement par des voies de communication sécurisées. Je suis d'accord pour que les questions administratives, telles que les reports de rendez-vous, transitent via des courriers électroniques non chiffrés (d'une adresse @hin vers une adresse de destinataire comme @bluewin.ch, @gmail.com etc.).

Lieu, date	Signature
------------	-----------

**Les rendez-vous qui ne sont pas annulés au moins 24 heures à l'avance peuvent être facturés. Nous vous prions de bien vouloir nous informer en temps voulu de vos éventuelles indisponibilités.**