

Déclaration de protection des données Version du 01.09.2025

Moi, Florence Barbey, du **Cabinet KinéLuminescence à la rue de Saletta 56 à 1632 Riaz FR,**

Je confirme par la présente que je respecte les règles suivantes conformément à la loi sur la protection des données et au règlement relatif.

L'objectif de la présente déclaration est de vous informer, en tant que client-e, sur la manière dont nous traitons vos données personnelles et sensibles qui sont collectées dans 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 j'ai enregistrées avec votre accord, que vous 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 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 Onedoc 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 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 institutions (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, double authentification etc.).

Sauf dispositions cantonales ou autres dispositions légales contraires, les données que collectées seront effacées vingt ans après votre dernière consultation dans mon cabinet.

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

En tant que client-e actuel-le ou ancien-ne, vous pouvez me demander à tout moment un double de toutes les données que 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 la thérapeute responsable de votre dossier,

Barbey Florence

kineluminescence@outlook.ch

079/739.26.86

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance de ce document et de l'accepter :

Nom/ Prénom

Lieu et date

Signature

Consentement à la transmission de données sensibles (adulte)

Je soussigné-e :

Nom :	Date de naissance
Prénom	
Adresse :	

J'autorise par la présente Florence Barbey / KinéLuminescence à transmettre les informations suivantes me concernant :

- Données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse)
- Données de santé pertinentes liées à mon suivi thérapeutique
- Documents justificatifs nécessaires (factures, attestations, rapports)

Destinataires autorisés :

Finalité de la transmission :

- Continuité ou coordination des soins
- Évaluation ou prise en charge médicale
- Traitement administratif lié au remboursement ou à la couverture des prestations

Je comprends que ces données sont considérées comme sensibles au sens de la Loi fédérale sur la protection des données (LPD) et qu'elles seront transmises de manière sécurisée via Proton Mail ou par courrier postal, dans le respect des exigences légales en vigueur.

Ce consentement est valable 1 an et peut être révoqué à tout moment par écrit.

Lieu et date : _____

Signature du client : _____

Je soussigné-e :

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

Adresse :

Nom : _____ **Date de naissance :** _____

Prénom : _____

Adresse : _____

-
-
-
-

Signature du client : _____