

Notice sur la Gestion et la Protection des Données Personnelles

Cabinet Médical Doctoto

Nous, au Cabinet Médical [Nom du Cabinet], prenons la confidentialité et la sécurité de vos données personnelles très au sérieux. Cette notice a pour but de vous informer sur la manière dont nous collectons, utilisons, divulguons et protégeons vos données à caractère personnel.

1. Collecte des Données

Nous collectons des données personnelles qui incluent, mais ne sont pas limitées à :

- Informations d'identification (nom, prénom, date de naissance).
- Coordonnées (adresse, numéro de téléphone, adresse e-mail).
- Données de santé (antécédents médicaux, diagnostics, traitements).

2. Utilisation des Données

Vos données personnelles sont utilisées uniquement pour les finalités suivantes :

- Fournir des soins médicaux et des traitements adaptés.
- Gérer les rendez-vous et les suivis médicaux.
- Réaliser des tâches administratives et de facturation.

3. Divulgence des Données

Vos données ne seront divulguées à des tiers que dans les cas suivants :

- Avec votre consentement explicite pour le partage d'informations avec d'autres professionnels de santé.
- Pour respecter les obligations légales ou réglementaires.
- En cas d'urgence médicale.

4. Stockage et Sécurité

Nous prenons des mesures strictes pour sécuriser vos données :

- Stockage des données dans des systèmes sécurisés avec accès contrôlé.
- Formation de notre personnel sur la confidentialité et la sécurité des données.
- Mises à jour régulières de nos pratiques et technologies de sécurité.

5. Vos Droits

En tant que patient, vous avez le droit de :

- Accéder à vos données personnelles.
- Demander la rectification de données inexactes.
- Retirer votre consentement à tout moment.
- Déposer une plainte auprès de l'autorité de protection des données.

6. Consentement

En signant ce document, vous :

- Consentez à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de vos données personnelles comme décrit ci-dessus.
- Reconnaissez avoir été informé de vos droits concernant vos données personnelles.

Signature du Patient

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____

Signature du Médecin

Nom : _____

Signature : _____

Date : _____