

Formulaire de données du patient

Date d'envoi :

Orthodontiste

Nom : Prénom : Téléphone :

Patient

Nom : Prénom : Né(e) le :

N° du cas (attribué à l'enregistrement sur le portail Orthocaps) :

N'oubliez pas de joindre ce formulaire dûment rempli dans la boîte d'envoi !

Nouveau cas 2./3. Phase Raffinement

Documents du patient	Dans la boîte d'expédition	Transmis en ligne
1. Empreinte en silicone (maxillaire)	<input type="checkbox"/>	
2. Empreinte en silicone (mandibulaire)	<input type="checkbox"/>	
3. Enregistrement d'occlusion	<input type="checkbox"/>	
4. Radiographies		
◆ Radiographie panoramique		<input type="checkbox"/>
◆ Téléradiographie de profil		<input type="checkbox"/>
◆ Films dentaires		<input type="checkbox"/>
5. Photos		<input type="checkbox"/>

Notes :

.....

.....

Les empreintes et l'enregistrement d'occlusion doivent être soigneusement désinfectés avant d'être enveloppés dans les pochettes plastiques prévues pour leur envoi.

Check-list / Liste de contrôle

Lisez, s'il vous plaît, attentivement les instructions suivantes, avant d'envoyer les empreintes à RMO Europe.

- Le cas a-t-il été enregistré sur le portail Orthocaps ?
- Les empreintes en silicone A, ont-elles été désinfectées ?
- L'enregistrement d'occlusion «bite» a-t-il été désinfecté ?
- Les photos (vue latérale, vue frontale avec sourire et les photos intra-orales) ont-elles été transmises en ligne par le biais du portail Orthocaps ?
- Les radiographies ont-elles été transmises en ligne ?
- Le patient a-t-il signé le formulaire de consentement de la transmission des données ?
- Le formulaire «données du patient» a-t-il bien été rempli et signé ?
- Est-ce que tout est dans la boîte ? Empreintes, «bite», formulaires ?
- En cas d'utilisation de fichiers STL, les avez-vous bien transmis ?

Si tout est coché, vous pouvez envoyer l'ensemble à l'adresse suivante :

RMO Europe - Département Orthocaps
300 Rue Geiler de Kaysersberg
67411 ILLKIRCH - France

Consentement relatif au transfert et au traitement des données

J'ai été informé(e) par mon dentiste/orthodontiste

le Docteur

de mon problème de malocclusion qui nécessite un traitement adapté.

Après m'avoir expliqué les différents traitements disponibles, mon dentiste/orthodontiste m'a recommandé un traitement orthodontique utilisant les services et les équipements d'Ortho Caps GmbH.

Mon dentiste m'a décrit dans le détail les services proposés par Ortho Caps GmbH – RMO Europe dans le cadre d'un traitement orthodontique et j'ai eu l'opportunité de lui poser des questions pertinentes.

J'ai bien compris les informations données oralement et par écrit et, par ma signature:

1. Consens à transmettre, aux fins du traitement, mes données personnelles, notamment celles contenues dans mon dossier médical, à Ortho Caps GmbH – RMO Europe. Par ailleurs, je les autorise à exploiter ces données dans le cadre du traitement.
2. Accepte le traitement électronique de ces données par Ortho Caps GmbH ainsi que leur sauvegarde (sous format codé) sur le serveur AG Internet I & I.
3. Dégage mon dentiste de son obligation de confidentialité vis à vis d'Ortho Caps GmbH – RMO Europe ainsi que I & I Internet AG.
4. Reconnais que tous les documents (modèles, moulages, etc) seront conservés par Orthocaps GmbH – RMO Europe aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour permettre à mon dentiste de réaliser correctement le traitement au moyen de gouttières orthodontiques individualisées prévues à cet effet.
5. Consens à l'utilisation par Ortho Caps GmbH- RMO Europe de mes données et documents orthodontiques (moulages, radiographies, photographies, films, modèles ...) à des fins de consultations dento/orthodontiques, de recherche et de formation avancée, de publications dans des journaux spécialisés ou sur autres supports professionnels, à condition que toutes les données et tous les documents soient utilisés de manière anonyme et de telle manière que je ne puisse pas être identifiée personnellement.

Je confirme qu'une copie du consentement m'a été remise.

Lieu & Date :

Signature du patient resp. :