

Identification

Patient.e concerné.e par le suivi psychothérapeutique :

Nom : _____

Prénom : _____

Représentant.e légal.e (si patient.e mineur.e) :

Nom : _____

Prénom : _____

Objet du consentement

J'autorise la mise en place d'un suivi psychothérapeutique pour la personne désignée ci-dessus comme « *patient.e concerné.e par le suivi psychothérapeutique* ». Ce suivi a pour objectif d'accompagner son développement, ses difficultés et son bien-être psychique dans un cadre thérapeutique professionnel, dont l'adresse physique est celle de CAP · LAC | Psychothérapie. Les séances réalisées en distanciel sont considérées comme effectuées dans les locaux de CAP · LAC.

Confidentialité et secret professionnel

Le/la psychologue-psychothérapeute est tenu.e au secret professionnel. Le contenu des séances est confidentiel. Pour les patient.e.s mineur.e.s, seules des informations générales pourront être transmises aux responsables légaux concernant l'évolution du suivi, sauf accord spécifique du/de la patient.e ou en cas de danger grave imminent.

Transmission d'informations à des tiers

J'autorise l'échange d'informations cliniques utiles concernant le/la patient(e) avec d'autres professionnels impliqués (par ex. médecin, pédiatre, enseignant, services sociaux), désignés explicitement dans le formulaire annexe de données administratives, dans le respect du secret professionnel. Cet accord peut être retiré à tout moment.

Formation continue des psychothérapeutes et intervision

Dans le cadre de la formation continue obligatoire et pour la garantie d'une prise en charge adéquate selon les standards actuels en psychothérapie, la situation du/de la patient.e peut être discutée avec des collègues psychologues-psychothérapeutes (intervision), en respectant toutes les règles permettant d'observer la stricte confidentialité concernant l'identité du/de la patient.e concerné.e.

Protection des données

Les données administratives, personnelles et médicales, sont traitées conformément à la Loi fédérale sur la protection des données et à la Loi vaudoise sur la santé publique. Elles sont utilisées exclusivement dans le cadre du suivi thérapeutique, conservées de manière sécurisée et ne sont

transmises à des tiers qu'avec l'accord écrit du/de la patient.e majeur.e ou du/de la représentant.e légal.e, sauf obligation légale. Tout patient dispose d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression de ses données dans les limites fixées par la loi.

Facturation à l'assurance-maladie via la Caisse des Médecins

La facturation des séances est effectuée via le logiciel sécurisé de la Caisse des Médecins, organisme reconnu en Suisse pour la gestion administrative et comptable des prestations médicales et psychothérapeutiques. Les données transmises sont limitées aux informations strictement nécessaires à l'établissement et à la transmission des factures (données administratives et codification des prestations). Toutes les données sont traitées conformément aux exigences de la Loi fédérale sur la protection des données et aux standards de sécurité informatique en vigueur. Aucune donnée clinique ou contenu des séances n'est communiqué dans ce cadre.

Aspects administratifs et séances manquées

J'ai été informé.e des modalités financières du suivi (honoraires, conditions d'annulation et éventuelle prise en charge par l'assurance-maladie). J'ai saisi que les absences manquées ne peuvent pas faire l'objet d'une prise en charge, même partielle, par les assurances-maladies. Par ma signature, j'accepte ainsi que le/la psychologue-psychothérapeute me facture directement les honoraires dûs en cas de séances manquées ou annulées, selon les modalités suivantes et peu importe le motif :

- Séance annulée et excusée 48h ouvrables en avance ou plus : CHF 0.-
- Séance annulée et excusée moins de 48h ouvrables en avance : CHF 100.-
- Séance manquée sans excuse avant la séance : CHF 154.80.-

Consentement libre et éclairé

J'ai reçu toutes les informations nécessaires concernant le suivi proposé. J'ai pu poser des questions et obtenu des réponses suffisantes à celles-ci. Je donne ainsi mon consentement libre et éclairé. Pour les patient.e.s mineur.e.s, il est entendu que l'enfant/adolescent, selon son âge et sa capacité de discernement, sera également associé aux décisions qui le concernent.

Signatures et date

Lieu : Vevey

Date : _____

Patient.e concerné.e par le suivi psychothérapeutique	Responsable légal.e (si patiente.e mineur.e)	Psychologue-psychothérapeute