

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE CHIRURGIEN

REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR

Nom :

Prénom :

- ▶ Nombre moyen annuel d'interventions :
- ▶ Quelle est votre formation ? (CES, DES, DECS, Clinicat...)

- ▶ Exercez-vous dans un seul établissement, dans plusieurs établissements, combien, ? lesquels ?
.....
.....
.....

- ▶ Vous arrive-t-il, dans la même journée, d'exercer dans plusieurs établissements ? OUI NON

- ▶ Qui assure la visite les jours de semaine, les jours fériés, le dimanche, la contre visite ?
.....

- ▶ Assurez-vous seul le suivi de vos patients ? OUI NON
Sinon, qui l'assure ? (niveau de compétence) :
.....

- ▶ Etes-vous associé à un chirurgien exerçant la même spécialité que la vôtre ? OUI NON

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

- ▶ Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires
(à l'usage des patients et de l'équipe chirurgicale) ? OUI NON

- ▶ Etes-vous amené à assurer des gardes dans d'autres spécialités ? OUI NON
si oui; lesquelles : chirurgie d'urgence : _____ chirurgie générale : _____

- ▶ Etes-vous chirurgien GENERALISTE ? OUI NON

Si vous êtes chirurgien GENERALISTE, quelles sont vos deux activités dominantes ? (Mettre "1" pour la principale, "2" pour la secondaire, et cocher les cases pour les accessoires)

Chirurgie digestive : _____	Chirurgie orthopédique : _____	Chirurgie ophtalmologique : _____
Chirurgie du rachis : _____	Chirurgie urologique : _____	Chirurgie esthétique : _____
Chirurgie vasculaire : _____	Neurochirurgie : _____	Chirurgie O.R.L. : _____
Chirurgie cardiaque : _____	Chirurgie gynécologique : _____	Chirurgie maxillo-faciale : _____

- ▶ Etes-vous chirurgien SPECIALISTE ? OUI NON

Si oui, quelle est votre spécialité ? (si vous en exercez plusieurs, indiquer "1" pour la principale, "2" pour la secondaire) :

Chirurgie digestive : _____	Chirurgie orthopédique : _____	Chirurgie ophtalmologique : _____
Chirurgie du rachis : _____	Chirurgie urologique : _____	Chirurgie esthétique : _____
Chirurgie vasculaire : _____	Neurochirurgie : _____	Chirurgie O.R.L. : _____
Chirurgie cardiaque : _____	Chirurgie gynécologique : _____	Chirurgie maxillo-faciale : _____

- ▶ Pratiquez-vous la Vidéo-Chirurgie ? OUI NON

- ▶ Comment informez-vous vos patients ?

Oralement : OUI NON

Par écrit : OUI NON

Par un document signé du patient ? OUI NON

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40

BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

COMMENTAIRES COMPLEMENTAIRES EVENTUELS SUR VOTRE ACTIVITE

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

CONTRATS D'ASSURANCE RESPONSABILITE PROFESSIONNELLE ET MISES EN CAUSE EVENTUELLES

Se reporter au document général rubriques "Votre assurance, vos contrats et les mises en cause" lesquelles doivent inclure également les renseignements concernant votre activité de chirurgien.

Je soussigné, certifie que toutes les réponses au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes et qu'aucun assureur ne m'a proposé un tarif pour garantir ma responsabilité professionnelle.

Fait à _____ le _____

Signature :

Adresse postale : 1 rue Jules Lefebvre 75431 Paris Cedex 09

Télécopie 01 53 21 50 47 - Téléphone 01 53 21 50 40