

# 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