comparis.ch AG - Team Health Birmensdorferstrasse 108 CH-8003 Zürich

#### Information et instruction

Ce formulaire permet de saisir des informations qui pourront être ajoutées gratuitement à votre profil dans l'annuaire des médecins de Comparis.

Cliquez sur les informations que vous souhaitez saisir pour accéder directement à la section correspondante :

- Informations personnelles
- Photos
- Auto-description
- Lieux d'exercice
- Formations postgrades et diplômes à titre privé
- Certificats de qualité
- Principaux actes
- Prestations et offres
- Parcours professionnel
- Associations de médecins et associations professionnelles
- → Soumettre le formulaire

Veuillez vous inspirer de l'exemple de profil figurant sous le lien suivant : https://fr.comparis.ch/gesundheit/arzt/kanton-bern/bern/mustermann-max-123

Si vous souhaitez ajouter des informations complémentaires à une catégorie, vous pouvez nous envoyer les ajouts par e-mail à aerzteverzeichnis@comparis.ch.

Vous avez les possibilités suivantes pour envoyer le formulaire à Comparis :

- directement en cliquant sur le bouton "Envoyer le formulaire".
- téléchargez le formulaire et envoyez-le par e-mail à aerzteverzeichnis@comparis.ch.
- en cliquant sur "imprimer" et l'envoyer par la poste à l'adresse suivante comparis.ch AG

Birmensdorferstrasse 108

CH-8003 7ürich

## Informations personnelles

Veuillez envoyer le photo de profil à aerzteverzeichnis@ comparis.ch Titre:

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Domaine d'activité:

Langues:

Téléphone:

Fax:

E-Mail:

Site web:

Admission de nouveaux patients:

oui non consultez le médecin adressé par un professionnel

#### **Photos**

Veuillez nous envoyer les photos que nous pourrons ajouter à votre profil par mail à aerzteverzeichnis@comparis.ch ou nous donner l'autorisation de prendre des photos de votre site web.

J'accepte que comparis.ch affiche les photos de mon site web dans mon profil dans le registre des médecins de comparis.ch.

## **Auto-description**

Veuillez donner une brève description de vous-même ici.

| Lieux d'exercice                                  |          |       |                      |                              |
|---|----------|-------|----------------------|------------------------------|
| Veuillez indiquer ici votre principal lie         | u d'acti | vité. |                      |                              |
| Nom de l'institution:                             |          |       |                      |                              |
| Adresse de l'institution:                         |          |       |                      |                              |
| Votre rôle dans l'institution:                    |          |       |                      |                              |
| Téléphone direct:                                 |          |       |                      |                              |
| Fax direct:                                       |          |       |                      |                              |
| Admettre de nouveaux patients dans l'institution: | oui      | non   | consultez le médecin | adressé par un professionnel |
| Veuillez indiquer ici un autre lieu d'ex          | ercice.  |       |                      |                              |
| Nom de l'institution:                             |          |       |                      |                              |
| Adresse de l'institution:                         |          |       |                      |                              |
| Votre rôle dans l'institution:                    |          |       |                      |                              |
| Téléphone direct:                                 |          |       |                      |                              |
| Fax direct:                                       |          |       |                      |                              |
| Admettre de nouveaux patients dans l'institution: | oui      | non   | consultez le médecin | adressé par un professionnel |

Si vous êtes actif dans d'autres lieux, veuillez nous envoyer les détails pertinents par e-mail à aerzteverzeichnis@comparis.ch.

## Formations postgrades et diplômes à titre privé

Veuillez saisir ici vos formations postgrades et diplômes à titre privé

## Certificats de qualité

### Qu'est-ce qu'un certificat de qualité ?



Les certificats de qualité permettent de vérifier qu'une organisation est en mesure de fournir des médicaments de haute qualité. Seuls les certificats de qualité qui répondent aux exigences de l'ASSM sont affichés dans le répertoire médical. Si vous ne connaissez pas les exigences de l'ASSM, veuillez nous contacter.

Exemple de certificat de qualité : sécurité des médicaments EQUAM

Veuillez saisir ici vos certificats de qualité.

## Principaux actes

Veuillez vous inspirer de l'exemple figurant dans le cadre vert.

| Focus 1:                       | Soins de grossesse à risque accru  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Description:                   | Je m'occupe des femmes dont la grossesse nécessite un contrôle et une survei.    |  |  |  |  |  |
| Focus 2:                       | Diagnostic et thérapie prénatals   |  |  |  |  |  |
|                                | Le diagnostic prénatal s'adresse aux futurs parents afin de déterminer l'état de |  |  |  |  |  |
| Description:                   | développement et de santé de l'enfant à naître.                                  |  |  |  |  |  |
|                                |  |  |  |  |  |  |
| Veuillez énumérer ici vos prin | cipaux actes.  |  |  |  |  |  |
| Focus 1:                       |  |  |  |  |  |  |
| Description:                   |  |  |  |  |  |  |
| Focus 2:                       |  |  |  |  |  |  |
| Description:                   |  |  |  |  |  |  |
| Focus 3:                       |  |  |  |  |  |  |
| Description:                   |  |  |  |  |  |  |
| Focus 4:                       |  |  |  |  |  |  |
| Description:                   |  |  |  |  |  |  |
| Focus 5:                       |  |  |  |  |  |  |
| Description:                   |  |  |  |  |  |  |

Désignation:

Description:

## **Prestations et offres**

Veuillez vous inspirer de l'exemple figurant dans le cadre vert.

| DOMAINE 1:                       | Gynécologie  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| <b>Désignation:</b> Description: | Dépistage gynécologique<br>Le dépistage gynécologique permet de détecter les stades précancéreux ou très<br>précoces du cancer du col de l'utérus.   |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: | Examen et traitement des maladies du sein<br>L'examen de palpation comprend l'examen des deux seins et des ganglions lym-<br>phatiques.  |  |  |  |  |  |  |
| DOMAINE 2:                       | Obstétrique  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: | Conseils et soins avant et pendant la grossesse<br>Les soins personnels sont importants avant et pendant la grossesse. Ce n'est pas<br>seulement la compétence professionnelle qui est déterminante, mais aussi la<br>relation interpersonnelle. |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: | Conseil en matière de diagnostic prénatal<br>Le diagnostic prénatal offre la possibilité de détecter certains handicaps ou défi-<br>ciences. Je serai heureux de vous conseiller sur tous les aspects de ce sujet.                               |  |  |  |  |  |  |
| Veuillez énumérer vos prestati   | ons et vos offres ici.   |  |  |  |  |  |  |
| DOMAINE 1:                       |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Désignation:</b> Description: |  |  |  |  |  |  |  |

Description:

| Veuillez préciser ici tout autre domaine de prestation. |
|---|
| DOMAINE 2:  |
| <b>Désignation:</b> Description:                        |
| DOMAINE 3:  |
| <b>Désignation:</b> Description:                        |
| <b>Désignation:</b> Description:                        |
| <b>Désignation:</b> Description:                        |
| <b>Désignation:</b> Description:                        |
| Désignation:  |

| Parcours professionnei |   |  |  |  |  |
|------------------------|---|--|--|--|--|
| Veuillez ind           | iquer ici votre parcours professionnel. |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |
| de<br><b>Activité:</b> | à                                       |  |  |  |  |

Activité:

à

de

## Associations de médecins et associations professionnelles

Veuillez saisir vos adhésions ici.