

**Anmeldeformular  
zur Gastarzt-Haftpflichtversicherung  
des BDC**



Damit Versicherungsschutz für Gastarztstätigkeiten über den Gruppenvertrag des BDC gewährt werden kann, muss die Gastarztstätigkeit vorab angemeldet werden. Bitte senden Sie deshalb das Anmeldeformular an die Geschäftsstelle des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen e.V.

<b>Persönliche Angaben des Gastarztes</b>	
Titel, Vor- und Zuname	
BDC-Mitgliedsnummer	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	Telefax
E-Mail	
<b>Angaben zur Gastarztstätigkeit</b> (Die Gastarztstätigkeit darf maximal acht Wochen im Jahr dauern!)	
Aufnehmende Klinik/Hospitationsstelle	
Fachrichtung	
Tätigkeitszeitraum, von:	bis:

Ich bestätige, dass ich unentgeltlich und nicht in hauptberuflicher Stellung an dieser Klinik weile, um die von mir angestrebten Fähigkeiten zu erlernen. Ich werde in der Klinik grundsätzlich keine ärztlichen Leistungen erbringen. Sollte ich ausnahmsweise selbst tätig werden, geschieht dies unter unmittelbarer und ständiger Aufsicht eines erfahrenen Kollegen, damit dieser sofort in den Behandlungsablauf eingreifen kann.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

**Anmeldeformular bitte zurücksenden an:**  
Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V.  
Geschäftsstelle  
Luisenstraße 58/59 – 10117 Berlin  
Telefax +49 (0) 30 28004108 – E-Mail mail@bdc.de

**Bei Fragen zum Versicherungsschutz wenden Sie sich bitte an:**

Ecclesia med GmbH  
BDC-Versicherungsservice  
Ecclesiastraße 1 – 4  
32758 Detmold

Service-Telefon: 0800 603603-0  
Telefax: 05231 603606363  
E-Mail: bdc-versicherungsservice@ecclesia.de